



**Universidade Nova de Lisboa**

**Escola Nacional de Saúde Pública**

**Políticas Públicas na Saúde sobre a contratação de médicos aposentados  
e o acesso aos Cuidados de Saúde Primários?**

**XLIV Curso de Especialização em Administração Hospitalar**

**Nelson Ricardo Rodrigues Delgado Tomás**

**Orientador**

**Professor Dr. Francisco George**

**Julho, 2016**



## Agradecimentos

Para os meus Filhos e Mulher pelo apoio e compreensão nos muitos dias que abdiquei de estar convosco para a realização deste trabalho.

Ao meu orientador Dr. Francisco George pelos ensinamentos, pelas pistas dadas para o delineamento metodológico, pela disponibilidade, pela sua boa disposição, compreensão e incentivo para ultrapassar este desafio.

Ao Professor Doutor Luís Graça pelas sugestões no desenho na metodologia qualitativa.

A todos os demais professores do CEAH pelos ensinamentos prestados, pelo profissionalismo e pelo rigor. Em especial nesta última fase dos seminários com as críticas e sugestões muito pertinentes e construtivas.

Aos colegas de curso com que me cruzei, obrigado pela vossa boa disposição e espírito de colaboração.

Aos trabalhadores, dirigentes e investigadores da Direção-Geral da Saúde que colaboraram no teste-prévio para validação do questionário.

À Dr. Ana Jorge e ao Dr. Leal da Costa pela disponibilidade demonstrada, pelo rigor, pelo profissionalismo e pela dedicação que demonstraram nas entrevistas e sobretudo, na confiança depositada face à autorização da gravação das entrevistas e respetiva publicação integral no anexo deste trabalho.

A todos os médicos entrevistados como estudo de caso pela disponibilidade, confiança, rigor, profissionalismo e empenho para a realização das entrevistas.

A duas funcionárias especiais, cujo nome não poderei revelar, pelos contactos fornecidos que permitiram realizar parte significativa das entrevistas com os médicos estudos de caso.

Ao Dr. Nuno Simões e à Dr.<sup>a</sup> Filomena Parra da ACSS pelo empenho e disponibilização de dados para tratamento e análise neste estudo.

Ao Dr. Arnaldo Araújo, dirigente sindical da SMN/FNAM pela disponibilidade e celeridade em ter cedido os seus dados para tratamento e análise.

Ao Professor Doutor António Caleiro

À Doutora Rita Mendes e à Dr.<sup>a</sup> Telma Fernandes pelas sugestões e contactos junto da ACSS.

Aos Diretores Executivos dos ACES pela vossa dedicação e participação neste estudo.

Ao Sr. Presidente da USF-AN, Dr. João Rodrigues e ao Dr. Jorge Roque da Cunha secretário-geral do SIM pela vossa disponibilidade e colaboração.

À Dr.<sup>a</sup> Isabel Andrade pelas explicações e correções das referências bibliográficas. À D.<sup>a</sup> Cristina Vigário e D.<sup>a</sup> Arminda Vitória pela celeridade na resposta relativamente a informações acerca de manuais e de periódicos.

A todos aqueles que contribuíram para este estudo e que de alguma forma me tenha esquecido de agradecer faço-o agora.



## Resumo

Apesar de uma série de políticas públicas com vista à eliminação da escassez de médicos – aumento do *numerus clausus*, contratação de médicos estrangeiros, aumento do número de internos e políticas organizacionais a escassez de médicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) persiste. Essa escassez é particularmente nos cuidados de saúde primários do SNS onde mais de um milhão de utentes inscritos continua sem médico de família.

Com o presente estudo pretendeu-se analisar o contributo da contratação de médicos aposentados relativamente à melhoria do acesso aos cuidados de saúde primários, bem como registar a perceção dos diversos *players* quanto a eventuais expectativas e constrangimentos associados a esta política.

Entre 2011 e 2015 aposentaram-se 1126 médicos de medicina geral e familiar. Esta política permitiu recuperar 143 médicos aposentados, ou seja, uma taxa de retorno de 12,70%. Esta política também existe nos EUA e no Reino Unido. Contudo, não se encontraram estudos relativos à taxa de retorno que possibilitassem comparar os resultados obtidos. Por sua vez, entre 2012 e 2015 entraram 702 internos de medicina geral e familiar (62,34% do número de aposentações) pelo que esta política é a que melhores resultados produz a médio longo prazo, pela necessidade de quatro anos da especialidade e aquisição de experiência adicional. Por sua vez, a contratação de médicos aposentados permite obter resultados imediatos. Estima-se que a contratação de médicos de família aposentados para o SNS tenha atribuído médico de família a 221 650 utentes.

## Abstract

Despite a series of public policies to eliminate the shortage of doctors - increased *numerus clausus*, hiring foreign doctors, increasing the number of family doctors in specialized training and organizational policies the shortage of doctors in the National Health Service (NHS) persists. This shortage is particularly in primary health care in the NHS where more than one million registered users is still without a family doctor.

The present study aimed to analyze the contribution of retired hiring doctors on improving access to primary health care, and record the perception of many players as possible the expectations and constraints associated with this policy.

Between 2011 and 2015, 1126 family doctors retired in NHS primary care. This policy has recovered 143 retired doctors, a rate of return of 12,70%. This policy also exists in the US and UK. However, there were no studies on the rate of return that would enable to compare with obtain results. In turn, between 2012 and 2015 new 702 doctors have initiated specialized training to achieve family doctor title (62.34% of the number of retirements) so this policy is the one that better results produces the medium term. However the need for four years of specialty and acquisition additional experience delays this policy results. In turn, hiring retired doctors allows for immediate results. It is estimated that hiring retired family doctors to the NHS has assigned family doctor to 221,650 users.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas na Saúde, escassez de médicos de família, médicos aposentados, acesso aos cuidados de saúde primários.

**Keywords:** Public Health Policies, shortage of family physicians, retired physicians, access to primary health care.



# Índice

Introdução .....	1
Estrutura do trabalho .....	2
Parte I – Revisão bibliográfica .....	3
Capítulo 1. A escassez de médicos .....	3
1. A escassez e o excedente de médicos .....	3
1.1. A escassez e o excedente de médicos – a definição de um conceito.....	4
1.2. A escassez de médicos no contexto internacional .....	5
1.3. A escassez de médicos no contexto de Portugal.....	7
1.4. A escassez de médicos de MGF em Portugal .....	9
2. Possíveis causas para a escassez de médicos .....	11
2.1. Possíveis causas para a escassez de médicos de família .....	11
3. Possíveis soluções para mitigar a carência de médicos .....	13
4. Possíveis soluções para mitigar a carência de médicos de MGF.....	13
4.1. Políticas públicas de <i>numerus clausus</i> e critérios de admissão na faculdade .....	14
4.2. Aumento do número de internos em medicina geral e familiar .....	16
4.3. Contratação de médicos estrangeiros e/ou formação de médicos no estrangeiro.....	16
4.4. Políticas organizacionais .....	17
4.4.1. As USF .....	19
4.4.2. Os ACES.....	19
4.4.3. O enfermeiro de família.....	20
4.4.4. O gestor do doente.....	22
4.5. Incentivos.....	22
4.5.1. Regime remuneratório experimental.....	23
4.5.2. Aumento da lista de utentes .....	23
4.5.3. Fixação nas zonas carenciadas .....	24
4.6. Políticas relativas à aposentação dos médicos.....	24
4.7. Contratação de médicos aposentados .....	24
4.7.1. Contratação de médicos aposentados em Portugal.....	25
4.7.2. Contratação de médicos aposentados no plano internacional.....	28
Parte II – Componente empírica.....	29
Capítulo 1. Metodologia de investigação .....	29

1. Construção do modelo de análise .....	29
1.1. O delineamento metodológico – Desenho e estratégia de investigação.....	31
1.2. População .....	33
1.3. Técnicas e instrumentos de recolha de dados .....	34
1.3.1. A investigação documental e bibliográfica.....	34
1.3.2. Investigação por contato .....	35
1.3.2.1. A entrevista .....	35
1.3.2.2. O questionário.....	35
1.4. Técnicas de tratamento de dados .....	35
Capítulo 2. Apresentação dos resultados.....	36
1. Componente quantitativa .....	36
2. Componente qualitativa .....	39
2.1. Questionário .....	39
2.1.1. Associações e sindicatos.....	39
2.1.2. Gestores.....	39
2.2. Entrevistas .....	39
2.2.1. Médicos estudos de caso.....	39
2.2.2. Políticos.....	42
Capítulo 3. Discussão dos resultados .....	48
1. Análise quantitativa.....	48
1.1. Escassez face à procura: utentes inscritos sem médico de família .....	48
1.2. Análise saídas.....	49
1.3. Análise entradas .....	52
2. Análise qualitativa .....	54
2.1. Análise resultados do questionário – Associações e Sindicatos e Gestores .....	55
2.2. Análise estudos de caso – Médicos .....	58
2.3. Análise entrevista – Decisores políticos .....	60
Capítulo 4. Conclusões e recomendações .....	62
1. Conclusões.....	62
2. Recomendações para trabalhos futuros .....	67
Referências bibliográficas.....	69



## Lista de quadros

**Quadro 1** – Variação das vagas postas a concursos e do respetivo preenchimento para o internato das especialidades hospitalares e dos cuidados de saúde primários entre 2012 e 2015.

**Quadro 2** – Variação do número de médicos estrangeiros MGF no SNS entre 2004 e 2014 (existência a 31 de cada ano).

## Lista de figuras

**Figura 1** – Total de inscritos, com e sem médico de família, por ARS. Número de médicos de família e necessidades de médico de família por ARS. Dados reportados a 25 de maio de 2016.

**Figura 2** – Estimativa do número de médicos de família que se vão aposentar por ano até 2055 e o total dessas aposentações distribuídas por ARS.

## Lista de gráficos

**Gráfico 1** – Curva da procura e da oferta de médicos.

**Gráfico 2** – Rácio de médicos por 1000 habitantes, em 2000 e 2013 (ou no ano mais próximo).

**Gráfico 3** – Rácio de médicos por 1000 habitantes, em 2000 e 2013 (ou no ano mais próximo).

**Gráfico 4** – Variação do número de médicos estrangeiros por especialidade e por ano em funções no SNS.

**Gráfico 5** – Evolução do número de inscritos sem médicos de família por ARS (2010-2015).

**Gráfico 6** – Evolução das aposentações dos médicos de MGF, por ano, no SNS

**Gráfico 7** – Evolução do n.º total de aposentações MGF (2011-2015) para no SNS

**Gráfico 8** – Comparação dos médicos MGF Aposentados Contratados em Portugal continental Vs MGF Aposentados em Portugal continental por ano.

**Gráfico 9** – Comparação médicos MGF Aposentados Contratados/ARS Vs MGF Aposentados/ARS (2011-2015) (SNS)

**Gráfico 10** – Evolução da proporção dos novos interno MGF face às aposentações MGF (2012-2015) (SNS).

**Gráfico 11** – Evolução dos médicos MGF face ao contributo de cada política no SNS (2012-2015).



## Introdução

A escassez de médicos em Portugal, sobretudo nalgumas especialidades, constitui um problema estrutural que tem vindo a ser objeto de atenção por parte dos diversos decisores políticos com responsabilidades na matéria.

Esse défice de médicos foi-se acumulando, ao longo de décadas, entre outros fatores, devido às saídas por aposentação que não foram compensadas com novas entradas. O défice de médicos é particularmente evidente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) onde, “*tradicionalmente*”, mais de um milhão de portugueses continuam sem médico de família. A escassez de médicos coloca em risco o acesso aos cuidados de saúde e a manutenção de cuidados de saúde básicos, essenciais à promoção e à proteção da saúde, sobretudo ao nível dos CSP por estes serem reconhecidos, unanimemente, pela comunidade internacional, como um dos pilares fundamentais dos sistemas de saúde, condicionando por isso o desempenho dos CSP de forma determinante e incontornável o desempenho global daqueles sistemas de saúde (Escoval, Matos e Ribeiro, 2009).

A fim de se ultrapassar o desafio resultante da escassez de médicos têm vindo a ser implementadas, pelos sucessivos Governos, diversas políticas públicas. De entre as quais se destaca o aumento do *numerus clausus*, que permitiu passar de 735 vagas de acesso à formação em medicina em 2000/2001 para 1431 vagas no ano letivo de 2015/2016 (Portugal. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. DGES, 2015) e o aumento do número de internos. Porém, os seis anos de formação específicos necessários à obtenção da formação inicial dos médicos – hoje mestrado integrado em medicina – acrescida do ano comum e da duração da especialidade – entre quatro a seis anos de formação – conduz a que o reflexo do aumento do número de vagas para a formação inicial e o aumento de vagas para o internato demore ainda, por mais alguns anos, a consolidar-se.

Complementarmente foram desenhadas políticas ao nível da agilização do reconhecimento de habilitações estrangeiras e acordos internacionais com vista à contratação de médicos estrangeiros – recorde-se a contratação de médicos cubanos.

Todavia, e não obstante o contributo dessas e de outras políticas públicas, e considerando que as mesmas ainda não permitiram colmatar/mitigar a escassez de médicos foi criada, em 2010, com natureza transitória, uma política pública inovadora, a qual veio permitir a contratação de médicos aposentados para o exercício de funções no SNS, mediante uma contrapartida remuneratória pecuniária de 30% do vencimento na categoria a acumular com a pensão.

Os médicos aposentados constituem uma reserva estratégica para o SNS, pois contratar médicos aposentados para os CSP significa, necessariamente, menos utentes inscritos sem acesso a médico de família e, portanto, melhor acesso aos CSP.

Perceber, por um lado, qual o grau de execução do objetivo alcançado por aquela política pública, isto é, quantos médicos aposentados foram contratados para os CSP e, por outro, quais as expectativas e a perceção quer dos potenciais médicos a contratar por via desta política pública, quer daqueles que foram contratados, quanto a eventuais constrangimentos da política constitui uma questão relevante para as Políticas Públicas em geral, e, em especial, para a área da Administração e Políticas em Saúde. Assim, a relevância do tema relaciona-se com a importância que a Administração e Políticas em Saúde atribuem à compreensão e avaliação da contratação de médicos aposentados com o objetivo de assegurar a manutenção

dos CSP do SNS. Acresce, que a temática que se pretende desenvolver neste trabalho de campo é investigável, exequível e metodologicamente concretizável.

Parece-nos assim que o tema em estudo é passível de integrar um conjunto de importantes implicações ao nível da prestação assistencial, com particular destaque, para a promoção de melhores níveis de acesso aos CSP, e, portanto, de saúde e qualidade de vida, o que lhe confere relevância e importância.

Com efeito, a contratação de médicos aposentados ao veicular, sob o ponto de vista das políticas públicas, inovação e originalidade, permite antever, quase inevitavelmente, uma riqueza à análise a efetuar a este tema pertinente, sobretudo, nela se incluindo, a perceção dos diversos *players* quanto a eventuais expetativas constrangimentos associados

No quadro do processo de investigação procura-se, entre outras, responder às seguintes questões:

- Pode a contratação de médicos aposentados atribuir médico de família aos restantes utentes que ainda não têm médico de família atribuído? Como? Serão necessários ajustes ao modelo atual de contratação?
- Será que no período em análise (2011-2015), aquela contratação atingiu o objetivo de vagas previstas? Em que ARS? Em que anos?
- E se a política não tivesse existido? Qual seria o resultado?
- Qual o resultado de políticas complementares, designadamente a contratação de médicos estrangeiros e de políticas relativas ao aumento do número de internos?
- Qual a expetativa dos principais *players/stakeholders* relativamente à contratação dos médicos MGF aposentados para os CSP do SNS, designadamente os seus benefícios e constrangimentos.
- Qual a perceção dos principais *players/stakeholders* relativamente aos fatores que podem contribuir para aumentar o número de contratações de médicos MGF aposentados, designadamente se a remuneração oferecida pela política será suficiente para cativar esse regresso aos CSP do SNS e/ou se a remuneração deve ser ajustada e/ou acompanhada de medidas organizacionais e, nesse caso, quanto é que deve ser esse aumento e quais as medidas organizacionais de maior relevo.
- Qual a perceção dos principais *players/stakeholders* relativamente a outras medidas que possam, eventualmente, contribuir para melhorar o acesso, a eficiência e a eficácia ao nível dos CSP, designadamente o enfermeiro de família e o gestor do doente?

## **Estrutura do trabalho**

O presente trabalho encontra-se estruturado em duas partes. A primeira diz respeito à revisão bibliográfica que possui um capítulo no qual definimos o conceito de escassez de médicos e pesquisamos possíveis causas e soluções para fazer face a essa escassez, quer no plano nacional, quer no plano internacional. Descrevemos as principais políticas públicas que têm sido desenhadas pelos sucessivos Governos, incluindo a contratação de médicos aposentados. A segunda parte diz respeito ao estudo empírico que se encontra dividido em quatro capítulos: metodologia de investigação; apresentação dos resultados; discussão dos resultados e; as conclusões e recomendações. Por fim, as referências bibliográficas e os anexos.

## Parte I – Revisão bibliográfica

### Capítulo 1. A escassez de médicos

#### 1. A escassez e o excedente de médicos

A formação e a retenção de um número adequado de médicos constituem temas de preocupação global (Goldacre, Davidson e Lambert, 2009; Scheffler, *et al.*, 2008). Um sistema de saúde necessita de recursos humanos suficientes para o seu funcionamento pelo que a falta de médicos poderá constituir constrangimentos ao funcionamento de qualquer sistema de saúde, designadamente em termos do acesso<sup>1</sup>, qualidade e reprodução de conhecimentos (Starkiene, *et al.*, 2013; Organização Mundial de Saúde, 2006; Dussault e Franceschini, 2006).

Além desses constrangimentos, há também fortes evidências de que a qualidade dos médicos e a densidade adequada da sua distribuição estão relacionados com melhores padrões de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2006).

O desafio colocado ao planeamento de médicos consiste na identificação do número de médicos apropriado (equilíbrio entre escassez e excedente), para o lugar certo e na altura certa. A “*mão-invisível*” do mercado e a “*mão-firme*” do Estado regulador são ferramentas que os governos podem utilizar, em diferentes proporções, para alcançar um equilíbrio entre a escassez e o excedente de médicos. Uma vez que existem grupos de interesse de ambos os lados a matéria relativa ao planeamento deve ser tratada com rigor evitando soluções de curto prazo assim que possíveis situações de exceção que as justifiquem cessem (Barber e López-Valcárcel, 2010).

Contudo, o planeamento de recursos humanos na área da saúde constitui uma tarefa de elevada complexidade. A formação dos recursos é demorada o que associado, por vezes, a contexto de crise económica ou de instabilidade política entre ciclos eleitorais e/ou de tensão entre entidades nacionais, regionais e/ou ordens profissionais pode vir a acarretar maiores desafios.

A tudo isso acresce o facto de que um sistema dinâmico encontra-se sempre em desequilíbrio pelo que é importante verificar se a estratégia seguida é a adequada. O desafio para se proceder ao ajustamento entre a escassez e o excedente de médicos envolve múltiplas políticas públicas, designadamente, ao nível das admissões (*numerus clausus*), número de vagas para cada especialidade e em cada local, medidas remuneratórias e organizacionais que estimulem a retenção de médicos, medidas relativas ao incentivo/desincentivo das migrações de médicos, constante avaliação e monitorização das saídas por aposentação, medidas que visem assegurar uma adequada distribuição regional de médicos em geral, para promover o acesso aos cuidados de saúde, bem como uma distribuição regional adequada de um número significativo de especialistas mais experientes com vista à transmissão de conhecimentos e à qualidade dos serviços de saúde prestados (Barber e López-Valcárcel, 2010).

---

<sup>1</sup> A falta de médicos e o acesso aos cuidados de saúde são conceitos, que por vezes, se podem tornar confundíveis. Ambos os conceitos são multidimensionais. Há por isso que distinguir entre a falta de médicos e a falta de acesso. Caso não existam médicos não há acesso. Porém, podem existir médicos em número suficiente mas ainda assim não existir acesso aos cuidados de saúde. Por exemplo, os serviços podem estar apenas abertos em determinado período, ou então encontrarem-se a uma distância cujos meios socioeconómicos dos utentes não lhes permitam deslocar-se. Outra questão relativa ao acesso, sobretudo em sistemas de saúde não universais, será a insuficiência de meios económicos para aceder ao sistema de saúde, ainda que existam médicos em número suficiente.

### 1.1.A escassez e o excedente de médicos – a definição de um conceito

O conceito microeconómico da escassez ou excedente de médicos resulta quando a oferta de médicos é insuficiente para fazer face à procura destes profissionais pelo mercado, por sua vez, o excedente ocorre quando o número de médicos disponíveis para serem contratados não podem ser absorvidos pelo mercado (Simoens e Hurst, 2006).

A densidade de médicos, um outro conceito – número de médicos por milhão de habitantes) é afetado pela procura e pela oferta de médicos (*ibidem*).

A oferta de médicos é facilmente previsível de conhecer e de controlar com base no sistema educativo, designadamente, na quantidade e distribuição das faculdades, na quantidade e distribuição regional do número de vagas (*numerus clausus*), com base no número de vagas e locais disponibilizados para a realização de cada especialidade e de acordo com as condições remuneratórias e o estatuto da carreira oferecido (Chen, Mehrotra e Auerbach, 2014) pelo que diríamos que a oferta poderá ser mais ou menos fácil de controlar com um adequado planeamento.

Deste modo, a dificuldade encontra-se de facto em conseguir estimar e avaliar a procura. Daí que é pela variação da procura que poderá vir a ocorrer, muitas das vezes, a escassez de médicos. Efetivamente, as projeções realizadas com base em determinados crescimentos demográficos poderão não conseguir retratar e avaliar corretamente as variações ocorridas, entre outras coisas, nas taxas de morbilidade, e mortalidade da população, as principais patologias, a proporção do produto interno bruto, que é gasto em saúde, com o nível de cobertura do seguro de saúde, e – na medida em que seja possível ao prestador induzir a procura – nem tão-pouco conseguir prever as disponibilidades financeiras futuras do Estado, no caso de países com seguro público de saúde, para eventuais alterações dos métodos de remuneração dos médicos (Chen, Mehrotra e Auerbach, 2014; Simoens e Hurst, 2006). Por outras palavras, diríamos então que a procura depende, entre outras coisas, da conceção do sistema de saúde (Blumenthal, 2004). Acresce, muitas vezes, que a procura de cuidados de saúde é, em grande parte, socialmente determinada, sobretudo, ao nível dos países em que grande parte da população se encontra coberta pelo seguro público de saúde.

Porém, mesmo nos países onde o seguro é financiado pela iniciativa privada, a procura pode ser determinada por agentes que consigam fazer face aos custos (Simoens e Hurst, 2006).

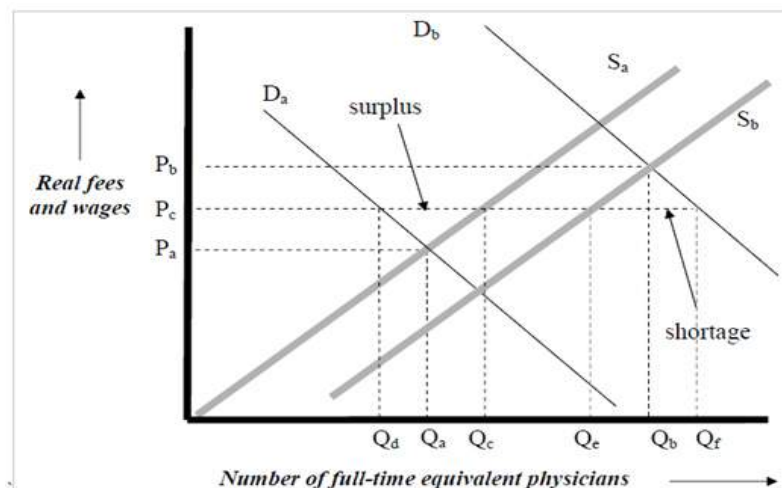
Face a estes desafios para se conseguir avaliar a procura, e pese embora admitindo a existência de outros desafios, a escassez ou o excedente de médicos pode vir a ocorrer em qualquer momento, sobretudo se os salários e as taxas forem fixados num nível que não permita fazer corresponder a oferta à procura (Simoens e Hurst, 2006). Adicionalmente, a escassez e o excedente pode surgir devido atrasos ocorridos na resposta às mudanças na oferta ou na procura (ver Quadro X) – fatores que se agravam se tomarmos em consideração que para os médicos o tempo mínimo entre a entrada para a faculdade de medicina e se tornar especialista poderá demorar entre 11 a 13 anos, consoante a especialidade<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> O novo quadro regulamentar prevê que a partir de 2018 deixará de haver o ano comum pelo que os diplomados com mestrado integrado em medicina poderão concorrer à especialidade (Decreto-Lei n.º 86/2015).

“O gráfico X representa um modelo tradicional de oferta e procura, onde a procura por médicos diminui à medida que aumenta o salário real e a oferta de médicos aumenta. Dependendo, por exemplo, dos seus níveis de despesas em saúde e da organização do sistema de saúde, dois países A e B podem ter diferentes cenários de oferta e procura para os médicos, tais como a  $D_a$  e  $D_b$ , e  $S_a$  e  $S_b$ , respetivamente. O equilíbrio entre procura e oferta seria alcançado em cada país se taxas e os salários reais fossem fixados em  $P_a$  e  $P_b$ , resultando nos níveis de emprego médico  $Q_a$  e  $Q_b$ , respetivamente. No entanto, a fim de exemplificar se as taxas e os salários reais dos dois países tivesse sido definido por muitos anos num nível intermédio,  $P_c$ , o país A desenvolveria, muito provavelmente, um excedente de médicos iguais a  $Q_c - Q_d$ , enquanto que o país B, por sua vez, desenvolveria, muito provavelmente, uma falta de médicos igual a  $Q_f - Q_e$ .” (Simoens e Hurst, 2006, autoria própria da tradução).

**Gráfico 1** – Curva da procura e da oferta de médicos.



**Fonte:** Retirado de Simoens e Hurst (2006).

“O gráfico X também poderia ser interpretado como representando um aumento na procura (de  $D_a$  para  $D_b$ ) num único país, com a oferta a responder com um atraso de  $S_a$  para  $S_b$ . Se o exercício do poder de monopsonio pelos adquirentes públicos dominantes dos serviços de saúde restringir o aumento dos salários para  $P_c$ , isso seria abaixo do novo preço de equilíbrio o que causaria uma **excedente** de médicos igual a  $Q_f - Q_e$ .” (Simoens e Hurst, 2006).

Quanto à nossa interpretação diríamos que a representação gráfica ilustra uma situação inicial, caracterizada pelas curvas da procura e da oferta, respetivamente,  $D_a$  e  $S_a$ , para a qual a quantidade e o preço de equilíbrio seriam, respetivamente,  $Q_a$  e  $P_a$ , não havendo excesso nem escassez de procura ou de oferta. Admitindo uma deslocação da curva da procura para  $D_b$  e, ainda que eventualmente mais tarde – seria interessante perceber o que aconteceria enquanto a curva de oferta se estivesse a deslocar – uma deslocação da curva da oferta para  $S_b$ , tal resultaria numa quantidade e num preço de equilíbrio igual a  $Q_b$  e  $P_b$ , respetivamente. Se, por algum motivo, como aquele que aponta, o preço não pudesse subir de  $P_a$  para  $P_b$  mas, tão-somente, até  $P_c$  (ou seja, menor do que o de equilíbrio), então a, a este preço, a quantidade procurada de médicos seria  $Q_f$ , enquanto a quantidade oferecida seria  $Q_e$ . Como a quantidade oferecida seria menor que a procurada, haveria uma escassez de médicos igual a – para se usar o valor absoluto –  $Q_f - Q_e$ .

## 1.2. A escassez de médicos no contexto internacional

A escassez de médicos é um fenómeno internacional que ocorre em diversos países independentemente do respetivo grau de desenvolvimento económico. Diversos estudos

reportam escassez de médicos. Nos EUA evidencia-se uma escassez atual de 8100 médicos, estimando-se que sejam necessários mais 52 000 médicos de família em 2025 (Fodeman e Factor, 2015; Chen, Mehrotra e Auerbach, 2014; Morris, *et al.*, 2011; Colwill, Cultice e Kruse, 2008; Grumbach, *et al.*, 2003). Por sua vez, na China, Li, *et al.* (2015) indicam que o número de médicos de família nas zonas rurais é extremamente baixo, reportando um valor de 1,27 médicos/1000 habitantes, quando a média dos países da OCDE se situa nos 3,3 médicos/1000 habitantes (OCDE, 2015). Li, *et al.* (2015) mostram-se ainda preocupados com a eventual possibilidade de agravamento da situação dado que mais de 50% dos médicos de família rurais têm atualmente uma idade superior a 50 anos. Além destes exemplos, diversos outros países reportam uma escassez de médicos em geral e de médicos de família em especial, designadamente, a Austrália (Li, 2014; Kamalakanthan e Jackson, 2006; Birrell e Hawthorne, 2002); Canadá (Gladu, 2007; Bethune, *et al.*, 2007; Eggertson, 2006; Mackean e Gutkin, 2003), Espanha (Barber e López-Valcárcel, 2010), Reino Unido, Rússia, Holanda (Figueras *et al.*, 2006), Nova Zelândia (Janes, Dowell e Cormack, 2001), Alemanha (Berg, *et al.*, 2009) e Brasil (Arnold e Jalles, 2014).

Como possíveis evidências para a escassez de médicos, e com base na análise dos estudos mencionados no parágrafo anterior, constata-se que a escassez de médicos, num dado sistema de saúde, pode dever-se ao número insuficiente de médicos no mercado para serem contratados, à impossibilidade do sistema público os contratar face aos “*seus concorrentes*” do sector privado, e/ou da mistura de ambas as condicionantes. Além disso, verifica-se que a falta de médicos pode ser generalizada em termos territoriais ou então, encontrar-se confinada a determinadas parcelas de determinado território nacional<sup>3</sup>, como sejam as zonas rurais<sup>4</sup>. Relativamente às especialidades, verifica-se que a escassez de médicos pode ser generalizada a diversas especialidades, ou confinada a algumas especialidades, como sejam o caso da medicina geral e familiar (MGF). De acordo com os referidos estudos a escassez de médicos pode ainda ser expressão de uma combinação território/especialidades, sendo que, nesse caso, pode haver apenas carência de determinadas especialidades em determinadas parcelas/regiões do território, como sejam de médicos de família nas zonas rurais e de anestesistas em todo o território nacional.

A escassez de médicos tem sido reportada como sendo um problema já antigo. Porém, nem sempre este problema tem merecido a devida atenção dos decisores políticos. Veja-se, como exemplo, o caso dos EUA, onde, de acordo com Juarez, Robinson e Matthews-Juarez (2003), a escassez de médicos foi identificada e publicada cientificamente em 1933, porém, somente em 1967 é que as autoridades de saúde dos EUA declararam que havia défice de médicos. O referido estudo alerta para o facto de que não obstante a existência de alguns relatórios de autoridades governamentais dos EUA – pese embora sem que os autores

---

<sup>3</sup> A distribuição geográfica do pessoal de saúde refere-se à respetiva alocação espacial. Essa distribuição diz-se ser desequilibrada quando se aplicam indicadores, tais como número de médicos/número de habitantes. A distribuição de médicos é muito importante, uma vez que determina que serviços, e em que quantidade e qualidade, estará disponível o acesso aos cuidados de saúde. A existência de desequilíbrios tende a levantar problemas de equidade, designadamente pelo facto dos serviços puderem não vir a estar disponíveis de acordo com as necessidades, problemas de eficiência (excedentes/escassez) e problemas de eficácia dos serviços e menos satisfação por parte dos utilizadores (Dussault e Franceschini, 2006).

<sup>4</sup> Quando os dados se encontram desagregados numa escala geográfica menor, verifica-se, geralmente, uma maior oferta de médicos nas zonas predominantemente urbana, dado que é nas maiores cidades que a oferta de infraestruturas de saúde ocorre. Além disso, nalguns países, é também nas regiões urbanas que se oferecem remunerações superiores comparativamente às suas contrapartes rurais, bem como disponibilizar outras comodidades que podem contribuir para atrair médicos qualificados. Conjuntamente, esses factos podem vir a criar uma significativa inadequação entre a oferta e a procura de serviços de saúde em áreas rurais, levando a um tratamento atrasado e distâncias maiores para se obterem cuidados de saúde adequados (OCDE, 2013).



referiram quais – mencionarem *superavit* de “médicos de família” e de outras especialidades constata-se que existe uma escassez de médicos, sobretudo, nas cidades do interior nas zonas rurais e com particular destaque para os médicos de família.

### 1.3. A escassez de médicos no contexto de Portugal

Em Portugal, e recorrendo à revisão bibliográfica, verifica-se que a carência de médicos – sobretudo, nalgumas especialidades, onde se inclui a MGF e, em particular, nalgumas regiões geográficas periféricas e de maior pressão demográfica – tem vindo a ser reportada, desde há cerca de 20 anos, quer pelos sucessivos Governos, quer pela comunidade científica. A esse propósito vejam-se: o Decreto-Lei n.º 53/2015; Decreto-Lei n.º 94/2013, de 18 de julho; Decreto-Lei n.º 89/2010; Decreto-Lei n.º 112/98, de 24 de abril; Decreto-Lei n.º 83/96, de 22 de junho; Pisco, 2011; Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2009; Portugal. Ministério da Saúde. MCSP, 2007b; Martins, Biscaia e Antunes, 2007; Baganha e Ribeiro, 2002.

A procura de médicos tem vindo a exceder a oferta, dado que muitos médicos trabalham simultaneamente no setor público e no setor privado e, além disso, o número de médicos estrangeiros tem vindo a aumentar. Apesar das vagas em medicina terem vindo a aumentar, ainda assim o número de médicos poderá não vir a ser o suficiente (Martins, Biscaia e Antunes, 2007).

Analisando o mais recente estudo oficialmente publicado relativo às necessidades previsionais de recursos humanos em saúde constata-se que foi identificada a necessidade de se absorverem 13 439 novos especialistas, das diversas especialidades, até 2020. Isto, considerando um “*cenário da europa a 15*”, o qual assenta no crescimento dos rácios de cobertura populacional, para todas as especialidades, tendo como objetivo o SNS atingir a mesma dotação de médicos da UE a 15. Porém, mesmo num cenário de manutenção dos rácios, aquele mesmo estudo revela a necessidade de se provisionar cerca de 8231 novos especialistas até 2020 (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2009).

Por sua vez, noutro estudo, menciona-se que começa a acentuar-se a perda de médicos por aposentação, como reflexo dos médicos formados entre as décadas de 1970 e 2000, sendo que os autores estimam que até 2020 cerca de 56% dos médicos de família deixem a sua atividade profissional por aposentação (Santana e Vaz, 2009 citada por Miguel e Sá, 2010).

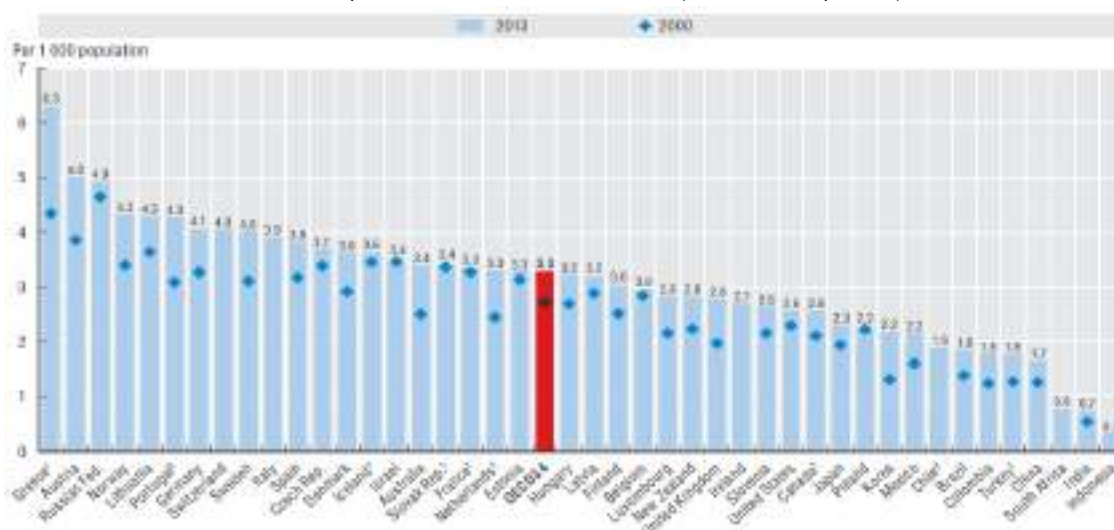
No entanto, lançando um olhar menos atento ao mais recente estudo da OCDE quase poderíamos referir que a escassez de médicos em Portugal “*quase parece paradoxal*” face ao rácio de médicos de outros países da OCDE. Isto porque, não obstante os referidos alertas e constatações dos sucessivos Governos e dos diversos estudos anteriormente enunciados, a OCDE indica-nos que o rácio de médicos em Portugal é bastante superior à média dos países da OCDE<sup>5</sup>, destacando-se ainda o facto de que o rácio de médicos no nosso país ter vindo a evoluir mais favoravelmente que na média dos países da OCDE<sup>6</sup> entre 2000 e 2013 (OCDE, 2015).

---

<sup>5</sup> O número de médicos por capita varia significativamente nos diversos países da OCDE. Em 2013, a Grécia possuía o maior rácio (6,3 médicos/1000 habitantes), seguida da Áustria. Por sua vez, a Turquia e o Chile, com aproximadamente 2 médicos/1000 habitantes) possuíam o rácio mais baixo dos países da OCDE, sendo que o rácio médio dos países da OCDE se situa nos 3,3 médicos/1000 habitantes. O número de médicos nalguns países parceiros da OCDE é extremamente baixo, registando-se menos de 1 médico/1000 habitantes na Indonésia, Índia e na África do Sul. Na China, por exemplo, o rácio de médicos (1,7 médicos/1000 habitantes) é pouco superior a metade do rácio médio dos países da OCDE (OCDE, 2015).

<sup>6</sup> Efetivamente, analisando o gráfico, verifica-se que naquele período, enquanto em Portugal o rácio de médicos subiu de 3,1 para 4,3 médicos/1000 habitantes, o rácio médio dos países da OCDE subiu de 2,7 para 3,3 médicos/1000 habitantes (OCDE, 2015).

**Gráfico 2 – Rácio de médicos por 1000 habitantes, em 2000 e 2013 (ou no ano mais próximo).**

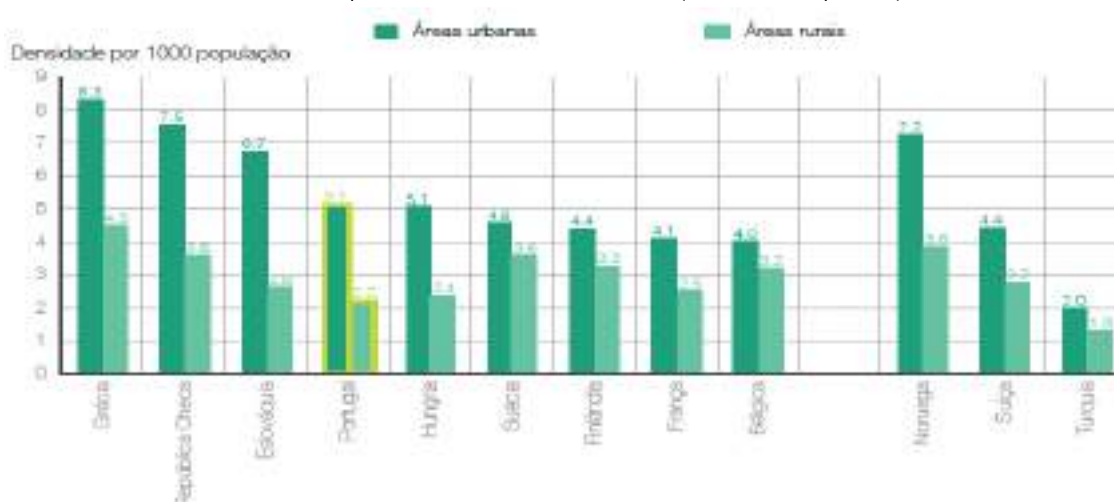


**Fonte:** Retirado de OCDE, 2015.

**Nota 1:** Os dados incluem não só os médicos que praticam diretamente cuidados médicos aos utentes mas também os médicos que exercem funções de gestão, docência e investigação, os quais, podem constituir entre 5 a 10% dos valores apresentados.

Contudo, apesar dessa “estatística aparentemente otimista”, o próprio estudo ressalva, ainda que sem o devido destaque, que os rácios reportados em Portugal “*poderão estar sobrestimados em cerca de 30%*”, pelo que, corrigindo os referidos valores, significaria que o rácio de médicos em Portugal “*derraparia na tabela*”, ou seja, “*após correção*” o rácio de médicos em Portugal “*seria inferior à média*” dos rácios de médicos dos países da OCDE (OCDE, 2015). Além disso, e ao nível do rácio de médicos nas zonas rurais, Portugal apresenta um rácio relativamente menor que os restantes países, facto que poderá comprometer o acesso aos cuidados de saúde por dessas populações (OPSS, 2015).

**Gráfico 3 – Rácio de médicos por 1000 habitantes, em 2000 e 2013 (ou no ano mais próximo).**



**Fonte:** Retirado de OPSS, 2015.

Apesar desses rácios, devemos ser prudentes a analisar as estatísticas ou neste caso concreto, os rácios, pois, de acordo com Pina (2005), a estatística nunca nos dá certezas, dá apenas probabilidades baseadas em pressupostos fictícios e os resultados estatisticamente significativos podem não ter relevância. De facto, *“partindo desse conselho”* e analisando com maior detalhe os dados constata-se que apesar do rácio em Lisboa ser 5,6 médicos/1000 habitantes – que é bastante superior ao rácio de 2,3 médicos/1000 habitantes na região do Alentejo – (OCDE, 2015), verifica-se que é na zona da grande Lisboa que existe a maior carência de médicos de família, designadamente em relação à de regiões do interior, como sejam região do Alentejo (Portugal. Ministério da Saúde. SNS, 2016b).

#### **1.4.A escassez de médicos de MGF em Portugal**

Relativamente escassez dos médicos de MGF, e não obstante a eventual controvérsia acerca dos rácios de médicos/1000 habitantes, verifica-se que a carência destes profissionais é paradoxal, dado que a maior escassez destes profissionais ocorre na zona da grande Lisboa, como veremos infra (Portugal. Ministério da Saúde. SNS, 2016b).

A carência de médicos de MGF foi formalmente reconhecida em 1996 e 1998 pelo Poder Político por via dos Decreto-Lei n.º 83/96, de 22 de junho e Decreto-Lei n.º 112/98, de 24 de abril. Nestes diplomas, veio a adotar-se, a fim de se fazer face à falta de especialistas em MGF, uma medida de carácter excecional que permitia a prorrogação automática dos contratos administrativos de provimento aos internos de MGF e de saúde pública que viessem a concluir com sucesso o internato, designando-se estes profissionais, e até que se abrissem e/ou concluíssem os respetivos concursos internos de ingresso, com a designação de assistentes eventuais (Decreto-Lei n.º 83/96; Decreto-Lei n.º 112/98).

Por sua vez, em 2006, veio a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) alertar-nos para o seguinte:

*“Existe um défice considerável de médicos de MGF e de SP, além de défice de enfermeiros e de outros técnicos de saúde (psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, dietistas, higienistas orais, fisioterapeutas, entre outros), apesar de existirem lugares vagos nos quadros dos CS, levando naturalmente à sobrecarga de trabalho diário dos profissionais atuais. A situação tem tendência a agravar-se, já que em 2013-2015, cerca de 70 % dos atuais MF estarão aposentados.*

*Há utentes inscritos sem médico de família.*

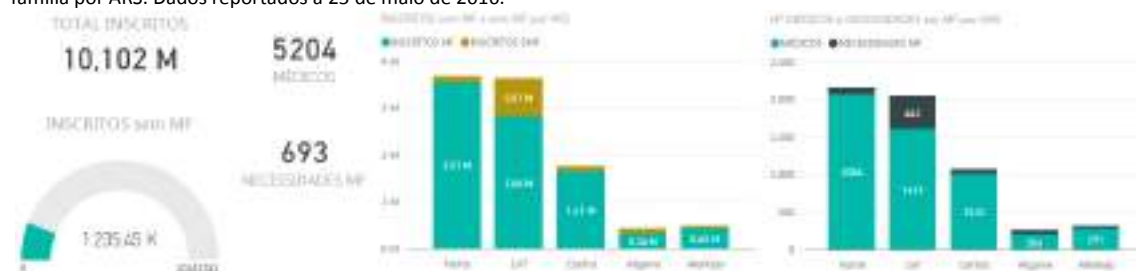
*Há um saldo demográfico médico negativo em MGF: ao défice atrás referido há ainda a acrescentar, em cada ano, uma quebra do número de médicos de família (mapas de vagas invertidos, mudanças de especialidade, saídas para atividades exclusivamente privadas, abandono da medicina, reformas, incapacidade permanente, entre outros). Em contraposição, os efetivos da carreira hospitalar têm crescido de uma forma não planeada, atingindo uma proporção de 3,8 médicos hospitalares para 1 MF.”* (Portugal. Ministério da Saúde. MCSP, 2006).

Em 2009, Santana e Vaz (2009) ao analisarem a MGF de forma conjugada – considerando o envelhecimento populacional, o histórico da respetiva ocupação de vagas do internato médico e o índice de sucesso na sua conclusão – também alertaram para a falta de médicos de MGF, tendo para o efeito descrito recomendações (ver infra no capítulo das possíveis soluções). No respetivo estudo, os autores verificaram que a evolução do número de profissionais nesta especialidade entre 2008 e 2020 era negativa (-3%) e que mesmo considerando a afetação de 30% do número de vagas do internato médico para esta especialidade, num contexto de crescimento do número de diplomados em medicina, o

número de especialistas formado pelo sistema se revelava insuficiente, tanto para suprir os rácios de suporte à reforma dos CSP em curso, como para incrementar esse rácio no sentido do Cenário da UE a 15. Além disso, os autores previam, até 2020, uma saída de 8190 médicos em exercício no SNS e cerca de 9000 entradas, das quais, 3000 referentes a novos médicos de família. Apesar disso, os autores destacaram que o peso das aposentações far-se-á sentir de modo heterogêneo segundo a tipologia da especialidade e de modo diverso nas diferentes regiões. Assim, no Alentejo e Algarve as saídas incidirão, predominantemente, sobre MGF, enquanto em Lisboa e Vale do Tejo nas carreiras médicas hospitalares, assumindo um equilíbrio nas regiões centro e norte.

Nos nossos dias, e consultando no Portal do SNS dados referentes a 26 de abril de 2016, uma carência de, pelo menos, **647 médicos de família** naquela data. Carência que é estimada, de acordo com o referido Portal, com base no facto de o SNS ter ao serviço, naquela data, 5254 daqueles médicos especialistas para um total de 10.062.881 de utentes inscritos, dos quais, cerca de 1.141.193 não tinha médico de família atribuído, sendo a situação mais crítica na zona da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT) (Portugal. Ministério da Saúde. SNS, 2016a).

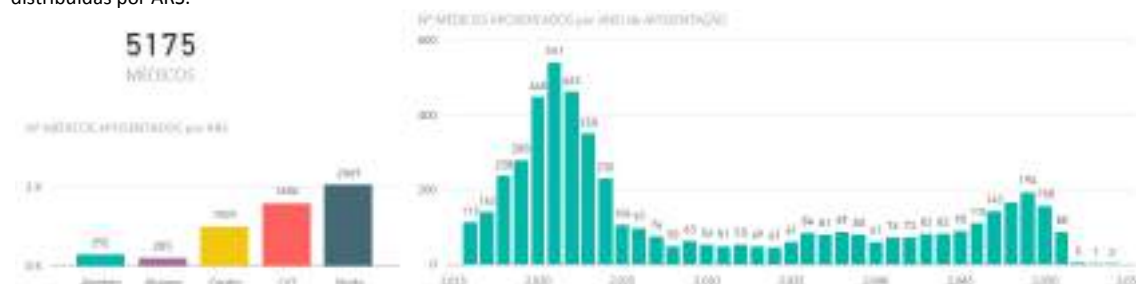
**Figura 1** – Total de inscritos, com e sem médico de família, por ARS. Número de médicos de família e necessidades de médico de família por ARS. Dados reportados a 25 de maio de 2016.



Fonte: Retirado de Portugal. Ministério da Saúde. SNS, 2016.

Por sua vez, consultada a mesma fonte em 19 de junho, verifica-se a ocorrência de “um agravamento da situação” dado que apesar do número de utentes inscritos ter diminuído para 10.101.781, o número de médicos de família também diminuiu para 5204, o que levou a que o número de utentes sem médico de família tenha aumentado para 1.235.454, sendo que o Portal do SNS anuncia agora uma carência de **693 médicos de família**, dos quais, cerca de 443 “estão em falta” na zona da ARSLVT (Portugal. Ministério da Saúde. SNS, 2016b).

**Figura 2** – Estimativa do número de médicos de família que se vão aposentar por ano até 2055 e o total dessas aposentações distribuídas por ARS.



Fonte: Retirado de Portugal. Ministério da Saúde. SNS, 2016.

Analisando as previsões, e de acordo com o referido portal, o cenário relativo à escassez de médicos de família “não é animador” dado que se prevê que só nos próximos 10

anos se aposentem cerca de 2753 médicos de família, prevendo-se ainda cerca de 5175 médicos aposentados até 2055.

## **2. Possíveis causas para a escassez de médicos**

As principais causas para a escassez de médicos nos países considerados desenvolvidos devem-se, essencialmente, a duas questões essenciais: (i) o planeamento inadequado de recursos humanos e; (ii) as barreiras corporativas de acesso à profissão (Barber e López-Valcárcel, 2010). A esse propósito, veja-se o exemplo da França que por via “do receio de um excesso de médicos” veio impor e limitar, na década de 70, o *numerus clausus* para o acesso às faculdades de medicina (Doan, 2009). Similarmente, no Canadá, nas décadas de 80 e de 90, incentivaram-se, por via do subsídio, as reformas antecipadas dos médicos, por receio de que viesse a haver desemprego médico (Chan, 2002; Robb, 1997) e hoje, como vimos anteriormente, debatem-se com a falta de médicos. Também nos EUA na década de 80 se previa um excesso de 145000 médicos para o ano 2000 e, no entanto, ao se negligenciar um adequado planeamento do número de médicos necessário veio foi a verificar-se uma carência destes profissionais de saúde (Schroeder, 1985). Também em Portugal, Mariano Gago, ex-Ministro do Ensino Superior referiu num discurso na Universidade do Algarve em 24 de julho de 2008 que “a falta de médicos em Portugal tem origens e responsáveis claros”, referindo de seguida que em 1977 nas cinco faculdades de medicina abriram cerca de 1000 vagas em medicina enquanto em 1986 nas mesmas cinco faculdades de medicina abriram apenas 190 vagas (TSF Rádio Notícias, 2008).

### **2.1. Possíveis causas para a escassez de médicos de família**

Menor gozo de férias (Peckham, 2014) e menores salários dos médicos de família face a outras especialidades, bem como o estatuto e o prestígio social da especialidade de medicina geral e um baixo estímulo intelectual constituem fatores determinantes para a escolha de outras especialidades, factos a que o ambiente académico e os próprios planos de estudos das faculdades de medicina também não contribuem para alterar o panorama (Zurro, *et al.*, 2012; Whitcomb e Cohen, 2004). Também relativamente à remuneração, Geiger (1993), destaca o facto de os médicos de família receberem uma média de \$100 000, enquanto os radiologistas, anestesiólogos e cirurgiões recebem o triplo (\$300 000). Além das questões remuneratórias o autor frisa ainda que as demais especialidades permitem uma melhor escolha dos horários de trabalho.

Senf, Campos-Outcalt e Kutob (2003) referem destaca-se que os estudantes que rejeitam a medicina familiar dão como justificações o facto do baixo prestígio da especialidade, baixa remuneração e baixa utilização de tecnologia, fatores que também são destacados por Pawelczyk A., Pawelczyk T. e Bielecki (2007). Por sua vez, os estudantes que optam pela medicina familiar destacam-se por não se preocuparem muito com as questões remuneratórias nem projetam planos para serem investigadores. Noutro estudo, resultante de um inquérito, destaca-se que os estudantes tendem a optar por outras especialidades que não a medicina familiar devido à menor remuneração, menor possibilidade de trabalhar com novas tecnologias e a falta de aconselhamento na faculdade (Osborn, 1993). A propósito da

tecnologia, Petersdorf (1993) refere que as faculdades que mais médicos de família produzem são as que menos prémios de investigação recebem. Por sua vez, Altschuler *et al.* (2012) destacam o facto de que listas muito extensas de utentes podem dissuadir os médicos recém-licenciados para outras especialidades que não a de médico de família, sendo que outros estudos apontam ainda para a questão do envelhecimento e do crescimento da população conduzam a sobrecarga de trabalho dos médicos de família em cerca de 29% até 2025 (Colwill, Cultice e Kruse, 2008) a qual poderá conduzir ao *burnout*, podendo assim contribuir para que os médicos de família pretendam mudar de profissão e/ou os eventuais candidatos escolham outras especialidades que não a de medicina geral e familiar (Soler, *et al.*, 2008; Watson *et al.*, 2006; Williams, Michie e Pattani, 1998). Contudo, não é claro que os níveis de *burnout* sejam diferentes entre as especialidades hospitalares e a de medicina geral e familiar (Marôco, *et al.*, 2016).

No Brasil, e relativamente à escassez de médicos de família, foi reportado que o maior problema do Programa de Saúde da Família prende-se com a elevada rotatividade dos médicos de família, a qual coloca em causa o vínculo que deve ser estabelecido entre estes profissionais e a população. Os autores encontraram uma forte correlação entre a rotatividade e as questões organizacionais ligadas aos vínculos instáveis – que surgem devido ao grande número de contratos temporários – mas também com o prestígio social da especialidade de médico de família em detrimento do prestígio das “*instituições hospitalares*” (Campos e Malik, 2008). Sendo que, relativamente ao prestígio social da especialidade, também no Canadá se refere essa questão como possível causa dos jovens médicos da especialidade de medicina geral e familiar (Mackean e Gutkin, 2003).

Em Portugal, por exemplo, durante o contexto de crise financeira, a taxa de emigração aumentou cerca de 116% sendo que alguns desses emigrantes eram profissionais de saúde. A julho de 2013 a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Enfermeiros divulgou que nos 18 meses anteriores cerca de 5000 profissionais de saúde (um terço dos quais médicos) requereram autorizações para a prática profissional no estrangeiro (Sakellarides *et al.*, 2015). Por sua vez, Ribeiro *et al.*, (2014) também referem que Portugal tem vindo a receber profissionais de saúde desde a década de 90. Porém, face ao contexto de crise a situação inverteu-se e agora em Portugal há uma tendência mais clara para a emigração de profissionais de saúde. Noutro estudo realizado, também em Portugal, Perelman, Felix e Santana (2014) referem que em contexto de crise, poderemos ter um duplo efeito. Por um lado, a diminuição de rendimentos desloca a procura dos cuidados de saúde do setor privado para o setor público. Por outro lado, limita o recrutamento de profissionais de saúde ao nível do setor público. Além disso, os cortes nos salários da função pública na ordem dos 5% (Sakellarides *et al.*, 2015), os quais também abrangeram os profissionais da saúde, conduziram à saída de profissionais do setor público para o setor privado, pese embora, como alertam Perelman, Felix e Santana (2014), não hajam dados acerca disso<sup>7</sup>.

Em Portugal, e relativamente à especialidade de medicina geral e familiar, verifica-se que a mesma tem sido pouco atrativa para os estudantes de medicina, dado ter-se mantido um marcado viés de escolha para as especialidades hospitalares (Sá, 2005). Num estudo realizado aos médicos de família da região de Lisboa, quando perguntados “*se tivesse*

---

<sup>7</sup> De acordo com Santana e Vaz (2009), dependendo da dimensão e capacidade dos sistemas público e privado, e da existência ou não de excedente de profissionais, ambos os sistemas podem entrar em concorrência na captação ou fixação de profissionais. Assim, quanto menor for a disponibilidade de profissionais, maior será a concorrência entre os diferentes setores pela sua atração.

*possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria:...*”. Do total, não voltariam inequivocamente a escolher a mesma profissão dos médicos de família questionados, 8,9% não escolheria a mesma profissão, 34,1% não escolheriam a mesma carreira e 25,3% não escolheriam o mesmo centro de saúde (Biscaia, *et al.*, 2008). Noutro estudo similar, metade dos médicos de família revelaram encontrar-se insatisfeitos com o seu trabalho na globalidade, sendo identificadas, essencialmente causas extrínsecas à profissão, designadamente questões relacionadas com o contrato/remuneração e administração/gestão, tais como por exemplo, vencimento, impossibilidade de utilizar técnicas mais evoluídas, falta de reconhecimento pela dedicação e trabalho, o modo como é administrada a unidade de saúde e as horas de trabalho (Hespanhol, Pereira e Pinto, 2000).

No entanto, nos últimos anos, a escolha pela medicina geral e familiar deixou de ficar “*para segundo plano*” sendo que em 2015 foram preenchidas cerca de 204 das vagas para o internato em medicina geral e familiar contra 126 das restantes especialidades, o que representa, respetivamente, um preenchimento das vagas posta a concurso de 52,85% e 17,60%.

**Quadro 1** – Variação das vagas postas a concursos e do respetivo preenchimento para o internato das especialidades hospitalares e dos cuidados de saúde primários entre 2012 e 2015.

<i>Tipologia cuidados</i>	<i>Ano publicação</i>	<i>N.º vagas publicadas - DR</i>	<i>N.º vagas abertas</i>	<i>N.º vagas preenchidas</i>	<i>Proporção de vagas preenchidas (%)</i>	<i>N.º vagas em curso</i>	<i>N.º vagas desertas</i>
<b>Cuidados Hospitalares</b>	2012	926	899	303	33,70	0	596
	2013	733	720	349	48,47	1	370
	2014	1034	1023	373	36,46	38	613
	2015	717	716	126	17,60	333	257
<b>Total/média</b>		<b>3410</b>	<b>3358</b>	<b>1151</b>	<b>34,06</b>	<b>372</b>	<b>1836</b>
<b>Cuidados Primários</b>	2012	301	301	148	49,17	0	153
	2013	248	245	119	48,57	0	126
	2014	376	376	231	61,44	0	145
	2015	386	386	204	52,85	146	36
<b>Total/média</b>		<b>1311</b>	<b>1308</b>	<b>702</b>	<b>53,01</b>	<b>146</b>	<b>460</b>
<b>Total Geral</b>		<b>4721</b>	<b>4666</b>	<b>1853</b>		<b>518</b>	<b>2296</b>

**Fonte:** Dados gentilmente disponibilizados a pedido do autor pela ACSS.

Relativamente aquele período registou-se ainda que a média de preenchimento das vagas para o internato de medicina geral e familiar foi de 53,01% enquanto para as especialidades hospitalares essa média foi de 34,06%.

### 3. Possíveis soluções para mitigar a carência de médicos

As políticas para mitigar a escassez de médicos de família passam muitas vezes por políticas que visam mitigar a escassez de médicos em geral. Ainda assim, e conscientes dessas dificuldades, procuraremos nesta nossa revisão bibliográfica, tanto quanto nos seja possível, focar, dentro de cada política, a preocupação em mitigar a escassez de médicos de família.

### 4. Possíveis soluções para mitigar a carência de médicos de MGF

A planificação dos recursos humanos na área da saúde é fundamental para que possamos assegurar um adequado número de profissionais de saúde. Só assim, através desse instrumento – planificação – é que é possível evitarmos a escassez ou um excesso de profissionais de saúde (Figueras *et al.*, 2006). Contudo, assegurar que um determinado país tem um número adequado de médicos para fazer face à procura não é um exercício simples, dado que as necessidades de cuidados de saúde são difíceis de avaliar como vimos anteriormente. De entre as diversas soluções que têm sido propostas existem soluções de médio longo prazo e de curto prazo.

No plano nacional, Santana e Vaz (2009) efetuaram as seguintes recomendações para mitigar a escassez de médicos de família:

- Atribuir à especialidade de medicina geral e familiar 52,2% do total de vagas para o internato (cenário UE a 15);
- Recorrer a médicos portugueses formados no estrangeiro;
- Recorrer a médicos estrangeiros;
- Incentivos ao adiamento da reforma dos médicos de família atuais;
- **Contratação de reformados**
- Contratualização de cuidados de saúde primários na área cooperativa, social e privada;
- Assunção de algumas funções de cuidados primários pelos hospitais
- Implementação de unidades de saúde familiar do tipo C (em que a propriedade não é pública).
- Contrariar a tendência para a escolha de especialidades médicas de elevada tecnologia e o abandono das especialidades ditas cognitivas, que têm na história clínica e no exame objetivo as suas principais armas (por exemplo a MGF e a Medicina Interna), através de formas de discriminação positiva e de revisão do pagamento dos atos clínico ou do desempenho clínico.
- Melhorar o programa de formação dos médicos de família atualmente com quatro anos após o ano comum, de forma a aumentar a sua capacidade de abordagem, diagnóstico, tratamento e resolução de problemas, particularmente aumentando o seu período de formação em serviços de medicina interna e vice-versa, à semelhança do que já sucede com a pediatria.

Procuraremos, de seguida, debruçarmo-nos acerca de algumas dessas propostas, comparando com outras encontradas na nossa revisão bibliográfica, onde se incluem, também, propostas de outros países.

#### **4.1. Políticas públicas de *numerus clausus* e critérios de admissão na faculdade**

Uma das soluções mais difundidas internacionalmente para evitar e/ou resolver a escassez de médicos consiste na abertura de novas faculdades de medicina e/ou no aumento<sup>8</sup> dos *numerus clausus* daquelas previamente existentes. Ao nível dos países da OCDE este tipo de políticas, têm sido destacadas como as soluções “*aparentemente mais fáceis*” de inverter a

---

<sup>8</sup> No Canadá, por exemplo, as faculdades de medicina aumentaram as suas vagas de 1500 para 2500 estudantes. No entanto, o autor destaca que serão necessários cerca de 3000 novos médicos para fazer face aos 2000 que se reformam anualmente e um adicional de 35% que reduzem a sua atividade (Gutkin, 2008).



carência ou a escassez de médicos sobretudo, quando a abertura de faculdades se efetua nas regiões periféricas, como forma de tentar mitigar possíveis desigualdades regionais ou inter regionais quanto à distribuição do número de médicos. A maioria dos países da OCDE mais do que duplicou o número de vagas para medicina tendo em vista mitigar a escassez de médicos (OCDE, 2015).

No caso particular da escassez de médicos de família, têm ainda sido reportadas políticas públicas que passam pela alteração dos planos de estudo e dos mecanismos ou formas de admissão à faculdade. Assim, e relativamente à questão da escassez dos médicos de família, em particular a escassez sentida nas zonas rurais, foi possível identificaram-se estudos nos EUA que obtiveram resultados sugestivos de que a política de recrutamento de futuros médicos de família e de futuros médicos para áreas rurais, devem começar por envolver as faculdades de medicina no ajustamento dos seus planos de estudos direcionados para esta especialidade. Complementarmente, as políticas de atração de jovens médicos de família devem ainda passar por alterar os critérios de admissão dando preferência regional a estudantes provenientes de áreas rurais<sup>9</sup> (Fodeman e Factor, 2015; Pepper, Sandefer e Gray, 2010; Colwill, Cultice e Kruse, 2008; Moscovice e Casey, 2008). Por sua vez, no Canadá também havia sido mencionado a adoção de ideias similares (Wright *et al.*, 2004; Mackean e Gutkin, 2003).

Em Portugal, Sá (2005), refere que embora possa haver alguma deslocação entre o desejo inicial de praticar uma especialidade e o desejo final de praticar outra, a maioria dos estudantes acaba por ingressar em especialidades que estão muito próximas da sua escolha no início do curso de medicina. Portanto, conhecer com precisão os fatores que influenciam a sua escolha no início do curso pode ser importante para compreender o problema.

Porém, um estudo de coorte brasileiro, realizado ao longo de três décadas, veio concluir que apesar de uma parcela de médicos regressar à sua cidade natal e outra se fixar no local de formação os grandes centros exercem mais atração sobre os médicos do que as cidades onde se formaram ou nasceram. Assim, a simples abertura de mais vagas ou faculdades de medicina, por si só, não é suficiente para reduzir as desigualdades regionais e os locais de concentração de médicos (Conselho Federal de Medicina. CREMESP, 2013).

Deste modo, e não obstante a importância de se assegurar a formação de médicos em número adequado, por si só, esta medida poderá não ser suficiente. A abertura de mais faculdades, acompanhada ou não da abertura de mais vagas nas faculdades já existentes, poderá conduzir, eventualmente, a mais custos na formação, diminuição da qualidade na formação. Além disso, se essas medidas não forem acompanhadas de uma valorização da carreira e/ou de outros estímulos poderá não impedir que os médicos recém-formados procurem o setor concorrencial – privado ou assistencial – bem como emigrar para mercados de outros países que sejam, eventualmente, mais atrativos do ponto de vista remuneratório para exercerem a sua atividade profissional.

A esse respeito, a crescente internacionalização da formação médica, combinada com a migração internacional de médicos, dificulta, ainda mais, os governos nacionais a

---

<sup>9</sup> Da nossa revisão bibliográfica verificamos que entre nós, em Portugal, existe uma política semelhante. Contudo, a referida política tem um âmbito diverso, dado que nada tem a ver com o recrutamento direto para um ou outro curso e/ou indiretamente para uma dada profissão mas sim com a preferência de recrutamento de estudantes das regiões autónomas e de estudantes de uma determinada região para o ensino politécnico dessa mesma região (Decreto-Lei n.º 296-A/98, na redação atual do Decreto-Lei n.º 90/2008).

estabelecerem as suas políticas de *numerus clausus*, dado que essas políticas podem ser afetadas por políticas da saúde tomadas por outros países (OCDE, 2015).

Também em relação à escassez de médicos de família “*nada nos garante*” que a abertura de mais faculdades e/ou mais vagas para ingresso no mestrado integrado em medicina conduza, necessariamente, a mais médicos de família nas zonas que tradicionalmente têm escassez de médicos (zonas rurais, zonas periféricas e zonas de maior pressão demográfica) de família. Além disso, como vimos, no Brasil existe um estudo que conclui isso mesmo.

Também, e considerando o longo tempo necessário à formação de um médico, as políticas de recrutamento são medidas, cuja aplicação, apenas a médio e a longo prazo surtem efeitos.

#### **4.2. Aumento do número de internos em medicina geral e familiar**

Outra estratégia, mais específica para aumentar o número de especialistas em MGF, passa pela promoção do aumento do número de vagas de internato para a especialidade de MGF em detrimento da abertura de vagas para as demais especialidades (Stephen, *et al.*, 2015). Diríamos nós que esta estratégia poderá vir a ser mais eficaz que o “*simples acréscimo*” de vagas para o curso de medicina, designadamente pelo motivo de ser mais focalizada. Porém, também diríamos que esta estratégia deve ser acompanhada da respetiva abertura de vagas no mapa de pessoal de modo a dar estabilidade no emprego e, portanto, desse ponto de vista, tornar mais atrativa a especialidade de MGF.

Em Portugal, e relativamente à distribuição dos médicos, temos aproximadamente 30,5% de médicos de MGF, 2,0% de Médicos especialistas em saúde pública e cerca 67,5% de médicos com especialidades hospitalares, (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2015). Em 2003 a distribuição já era semelhante dado que tínhamos 31,2% dos médicos fixados nos centros de saúde, 69,3% nos hospitais, sendo que os restantes 5,1% encontram-se distribuídos por outros serviços (Martins, Biscaia 2003).

Deste modo, e considerando a importância dos CSP que referimos na nossa introdução, a estratégia de aumento do número de vagas para o internato em MGF pode contribuir não apenas para mitigar a escassez de médicos de família, como também para se alcançar, a médio/longo prazo, um rácio MGF/Especialidades Hospitalares em Portugal similar ao rácio 50:50 proposto internacionalmente (Lawson e Hoban, 2003; Mackean e Gutkin, 2003; Weinberger, Oddone e Henderson, 1996).

#### **4.3. Contratação de médicos estrangeiros e/ou formação de médicos no estrangeiro**

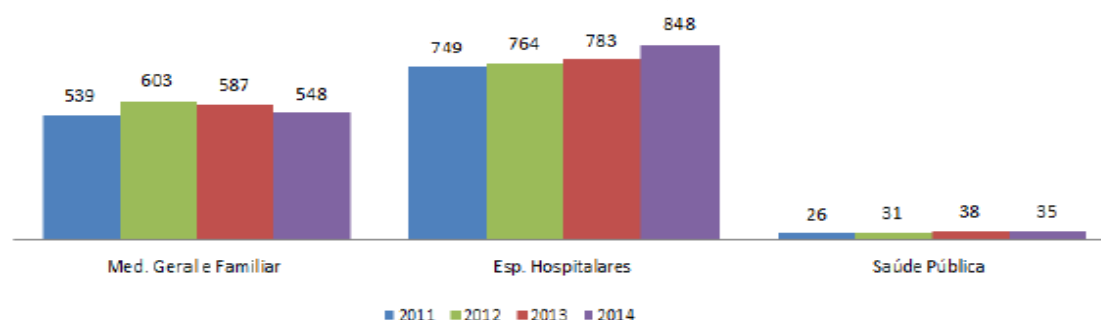
Apesar dos países da OCDE favorecerem políticas de longo prazo que permitam obter médicos em número de suficiente, essas políticas coexistem com políticas de curto e médio prazo, tais como sejam a atração e contratação de médicos estrangeiros, de forma temporária ou permanente. Por exemplo, enquanto na Turquia, Polónia, Estónia, República Checa e Holanda menos de 3% dos médicos são estrangeiros, em Israel e na Nova Zelândia esse valor ultrapassa os 58% e os 43%, respetivamente. Por sua vez, na Austrália, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos, os médicos estrangeiros ultrapassam os 20% (OCDE, 2015).

Outra forma de fazer face ao baixo número de médicos, designadamente pela baixa capacidade formativa, é a formação de médicos no estrangeiro. Por exemplo, em Israel, um terço dos médicos israelitas forma-se no estrangeiro (OCDE, 2015). Também na África do Sul foi reportado que se vão formar anualmente 1000 médicos sul-africanos a Cuba, dado que este país tem uma capacidade para formar anualmente 11000 médicos (Bateman, 2013). A imigração de médicos aumenta a flexibilidade do controlo de efetivos e permite reduzir custos com a formação de médicos, apesar de nalguns casos poder vir a suscitar problemas com a qualidade e a segurança dos serviços de saúde prestados pelos imigrantes (OCDE, 2015). A imigração de médicos é favorecida por melhores condições de trabalho, oportunidades de formação profissional e maiores remunerações (Simoens e Hurst, 2006).

Em Portugal, a política de contratação de médicos estrangeiros tem vindo a ser utilizada como forma de mitigar a escassez de médicos. A Portugal exercem médicos de praticamente todos os países do mundo, destacando-se médicos de nacionalidade espanhola, brasileira, ucraniana, dos PALOP, Cuba<sup>10</sup> e da Colômbia.

Analisando os dados disponibilizados pelo Ministério da saúde verificamos que o número de médicos estrangeiros ao nível dos CSP tem vindo a estabilizar entre 2011 e 2014 enquanto nas especialidades hospitalares esse número tem vindo a aumentar para o mesmo período.

**Gráfico 4** – Variação do número de médicos estrangeiros por especialidade e por ano em funções no SNS.



**Fonte:** Retirado de Portugal. Ministério da Saúde (2015b).

Efetuando um tratamento aos dados acima apresentados podemos verificar que em média, e para o período ilustrado, os médicos estrangeiros apresentam a seguinte proporção de distribuição: 41,02% (MGF); 56,64% (especialidades hospitalares) e 2,34% (Saúde Pública).

#### 4.4. Políticas organizacionais

Os CSP enfrentam um dilema. Por um lado as listas de utentes são demasiado grandes para que se possam prestar, de forma consistente, cuidados de saúde com qualidade. Por outro lado, face à escassez de médicos MGF o número de utentes por médico tenderá a aumentar (Altschuler *et al.*, 2012). Esses factos conduzem a que alguns autores se debrucem

<sup>10</sup> Os médicos cubanos vieram exercer funções em Portugal ao abrigo de um convénio, celebrado em junho de 2009, onde o Estado português terá pago cerca de 12 milhões de euros aos Serviços Médicos Cubanos, os quais, por sua vez, tutelam a “*sociedad mercantil cubana Comercializadora de Servicios Medicos Cubanos, SA*”. Ao todo, nessa fase, vieram 44 especialistas de MGF com mais de 10 anos de experiência na sua profissão e com um mínimo de 3 anos de experiência no estrangeiro. 25 deles destinados a seis centros de saúde do Alentejo e os restantes 19 para cinco unidades de CSP algarvios. Ficou acordado que os referidos médicos prestariam 64 horas semanais: 40 em consultas MGF e domicílios e 24 a serem prestadas em serviços de urgência.

sobre novas formas de intervenção que passem por uma melhor racionalização dos recursos existentes em detrimento da abertura de novas faculdades de medicina, acompanhadas ou não de mais vagas nas faculdades existentes. Entre as medidas propostas temos a delegação de funções noutros profissionais de saúde e uma melhor utilização das novas tecnologias (Chen, Mehrotra e Auerbach, 2014; Bodenheimer, 2013; Bendix, 2013; Altschuler *et al.*, 2012; Anía, *et al.*, 2009).

Ao nível das novas tecnologias, Chen, Mehrotra e Auerbach (2014) referem que uma alteração da conceptualização dos CSP, permitindo, por exemplo uma interação entre médico paciente via telefónico e/ou via mensagens eletrónicas poderia poupar tempo em deslocação pelos utentes, bem como devolver mais tempo ao médico para aplicar noutros utentes, para os quais se exija uma consulta nos modos habituais a que os autores designam *face-to-face*.

Relativamente à delegação de funções, Altschuler *et al.* (2012) estimam que 75% do tempo que o médico investe com utentes saudáveis e 33% do tempo investido em utentes com doenças crónicas doentes, o que representa cerca de 47% do tempo total do médico, pode ser delegado noutros profissionais. Para o efeito, os autores assumem que os médicos podem delegar grande parte das suas funções relativas à educação para a saúde dos utentes, alterações de comportamentos na saúde, conselhos de adesão à terapêutica, prestação de serviços protocolados sob a tutela do médico de família. A esse propósito e num estudo conduzido na Catalunha com utentes que se apresentaram para consulta inusitada – pedido de consulta no próprio dia – foi verificado que 70% dos casos foram solucionados pelo enfermeiro via seguimento do protocolo; 14% dos casos foram solucionados pelo enfermeiro após conversa telefónica com o médico; 16% foram orientados para outros serviços, dos quais 6% foram resolvidos pelo médico de família em serviço (Anía, *et al.*, 2009). Os autores destacam que os enfermeiros são hoje profissionais muito bem preparados havendo condições para propostas no âmbito: (i) da dispensa limitada de determinados medicamentos; (ii) avaliação e diagnóstico de sinais e sintomas de patologias agudas de acordo com protocolos definidos e; (iii) aplicação de exames de diagnóstico.

Entre nós, em Portugal, as políticas organizacionais passaram por uma profunda reforma dos CSP lançada a partir de 2005<sup>11</sup> e que visou, entre outros aspetos, proporcionar um salto qualitativo na sua arquitetura organizacional e de decisão, maximizando os recursos disponíveis, através da melhoria da eficácia, da eficiência e da qualidade, a fim de se

---

Em troca, Portugal pagaria 5 900 euros/mês. A 30 de dezembro de 2011 o acordo foi renovado e nele foram introduzidas alterações tendo em vista a redução da carga horária e o preço pago. Os 39 médicos cubanos contratados manteriam 40 h/semanais em consultas MGF, porém, passariam a realizar 12 h/semanais em urgências. A contrapartida passaria então a ser de 4230 euros/mês, sendo que os referidos profissionais de saúde ficariam isentos de taxas moderadoras nos CSP. Na vigência desse acordo, o Estado terá depositado nos cofres cubanos cerca de 4 milhões de euros. A alteração do referido acordo previa a contratação de 100 médicos cubanos, dos quais 26 para substituir outros médicos cubanos que entretanto cessaram funções em Portugal. Em abril de 2014, uma nova alteração ao acordo veio diminuir as horas de trabalho para 44h/semanais, nas quais se inclui a prestação de serviço de urgência nos termos da legislação vigente portuguesa. Outras das alterações foi a contemplação do pagamento do subsídio de refeição nos exatos termos do previsto na lei portuguesa para a Administração Pública (Gomes, 2014).

<sup>11</sup> Para levar a cabo a referida reforma proposta no respetivo Programa de Governo, o XVII Governo Constitucional criou, na dependência direta do Ministro da Saúde, o Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, o qual, tendo por base a experiência acumulada no Ministério da Saúde, sem esquecer o contributo de outros grupos e equipas de trabalho na contextualização dos CSP, tinha como principais objetivos definir frentes de trabalho e metas operacionais para levar a cabo a implementação das USF numa dupla vertente: prestação de cuidados de proximidade aos cidadãos por equipas multidisciplinares e a progressiva autonomia dos centros de saúde (Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005). A composição do referido Grupo Técnico viria a ser estabelecida a 16 de maio por Despacho do Ministro da Saúde (Despacho n.º 109492/2005). Posteriormente, uma vez tendo sido apresentadas pelo Grupo Técnico as linhas de ação prioritárias para o desenvolvimento dos CSP foi criada, na dependência do Ministro da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) a fim de conduzir o projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005).

incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde e de os gerir melhor (Portugal. Ministério da Saúde. GTDCSP, 2012a; Pisco, 2011; Decreto-Lei n.º 28/2008):

- Ao nível da interface com a comunidade que passou a estar baseada em equipas multiprofissionais com autonomia e responsabilidade organizacional e técnicas próprias – as Unidades de Saúde Familiar (USF), prestando serviços com proximidade e qualidade);
- Por via da agregação de recursos e estruturas de gestão, designadamente ao nível de órgãos de governação clínica e de gestão de proximidade, com envolvimento e responsabilização da comunidade pela melhoria e desenvolvimento contínuos dos seus serviços de CSP, agora organizados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) para fins gestionários e de governação estratégica.

Mais recentemente, essas medidas passaram ainda pela criação do enfermeiro de família, teorizando-se também a criação de uma figura designada por gestor do doente. Qualquer dessas temas, reforma dos cuidados de saúde, enfermeiro de família e/ou gestor do doente seria, certamente, merecedor de um trabalho autónomo, contudo, face à nossa limitação de 50 páginas procuraremos ser breves.

#### **4.4.1. As USF**

O modelo de equipa de saúde familiar, baseado em equipas multidisciplinares de profissionais de saúde orientadas para os cuidados primários, implica uma reorientação dos valores e práticas dos profissionais de saúde em relação à comunidade, com vista a melhorias na saúde da população. A implementação de USF<sup>12</sup> veio a basear-se num modelo de remuneração<sup>13</sup> que compensa *“aptidões e competências de cada profissional e premiando o desempenho individual e coletivo tendo em vista a tendo em vista o reforço da eficácia, da eficiência e da acessibilidade dos cidadãos aos CSP.”* (Decreto-Lei n.º 298/2007) e que visa a melhoria da qualidade dos cuidados primários em saúde (Borges, 2016). Trata-se de um sistema de pagamento misto (capitação, salário, objetivos), incentivos financeiros e profissionais que recompensam o mérito (baseado em atividades) das equipas e é sensível à produtividade e acessibilidade, mas também, e acima de tudo, à qualidade (Pisco, 2011; Portugal. Ministério da Saúde. GTDCSP, 2012b). Reconhecidamente, as USF promovem a formação de equipas multidisciplinares para o desempenho de cuidados personalizados na área da Saúde Familiar (Santos, *et al.*, 2015).

#### **4.4.2. Os ACES**

---

<sup>12</sup> As (USF) foram criadas pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, no âmbito da reestruturação dos centros de saúde em unidades funcionais, a qual, atribuiu especial ênfase às referidas USF. Porém, apesar do Decreto-Lei n.º 157/99 ter entrado em vigor a 09 de julho de 1999, somente em 2006, por força do Despacho Normativo n.º 9/2006, é que veio a ser definida a disciplina relativa ao lançamento e implementação das USF. Isso veio a suceder dado que O Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, viria a ser revogado pelo Decreto-Lei n.º 60/2003, de 01 de abril, entrado novamente em vigor a 08 de junho de 2005 mediante norma represtinatória contida no Decreto-Lei n.º 88/2005, de 03 de junho (Decreto-Lei n.º 88/2005).

<sup>13</sup> Perante os resultados obtidos, e dado o objetivo estratégico fundamental da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, o XVII Governo Constitucional veio a transpor, consolidar e alargar o modelo de incentivos dos médicos a todos os profissionais das USF, potenciando, deste modo, as aptidões e competências de cada profissional e premiando o desempenho individual e coletivo, tendo em vista o reforço da eficácia, da eficiência e da acessibilidade dos cidadãos aos CSP. Para o efeito, instituiu-se um modelo, semelhante ao implementado pelo Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, que aplicava aos profissionais da equipa nuclear um regime de suplementos associados à dimensão mínima da lista de utentes ponderada, quanto às suas características, com a contratualização anual de atividades específicas de vigilância a utentes considerados mais vulneráveis e de risco, e, quando necessário, com o alargamento do período de cobertura assistencial e com a carteira adicional de serviços (Decreto-Lei n.º 298/2007).

A agregação dos centros de saúde em ACES veio a ser determinada pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, e pela Portaria n.º 276/2009, de 18 de março. Aquele reagrupamento visou desconcentrar a gestão e permitir que a tomada de decisões sobre recursos essenciais à prestação dos cuidados se desloque de 18 serviços distritais (as ex-“sub-regiões de saúde”) para os ACES. O objetivo é que, nos ACES, existam poder e responsabilidade suficientes para que quem vive e conhece os problemas de perto possa decidir de modo acertado e célere. Paralelamente, as práticas de comando burocrático vertical devem evoluir para relações de contratualidade, orientadas para obter *resultados de saúde*, com avaliação e consequências a todos os níveis (Portugal. Ministério da Saúde. GTDCSP, 2012c).

A criação de ACES resultou não apenas da preocupação de incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, como a melhor forma de os gerir<sup>14</sup>. A criação dos ACES teve como objetivo reconfigurar os centros de saúde em unidades funcionais flexíveis, dotando-os de um enquadramento organizacional e de estruturas de apoio que lhes permitam aumentar a qualidade dos serviços prestados, maximizando os recursos e preservando a sua identidade, privilegiando o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde primários, o envolvimento dos profissionais e a melhoria da qualidade dos cuidados (Decreto-Lei n.º 102/2009; Pisco, 2007). A implementação dos ACES era aguardada com expectativa para se enfrentar problemas de gestão dos centros de saúde, designadamente aqueles relacionados com a necessidade de uma maior autonomia dos centros de saúde (Rocha e Sá, 2011).

A integração dos centros de saúde<sup>15</sup> em ACES permite reduzir custos por via da racionalização de recursos, obter economias de escala através da agregação dos serviços dispersos pelas anteriores sub-regiões de saúde, melhorando a qualidade dos serviços prestados através da passagem de uma lógica de tutela para uma lógica de prestação de serviços e otimização dos fluxos de informação (Pisco, 2007).

A estrutura dos ACES inclui, além das USF e de órgãos específicos dirigidos à gestão e decisão, uma série de estruturas funcionais: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade<sup>16</sup> (UCC) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Embora assente na tríade clássica de profissionais dos CSP – médicos, enfermeiros e pessoal administrativo – os ACES, levados ao seu limite, deverão vir a englobar a intervenção de uma significativa rede multiprofissional, tanto diretamente sob a sua alçada como através de contratualização específica (Miguel e Sá, 2010).

#### **4.4.3. O enfermeiro de família**

O enfermeiro de família é o profissional de enfermagem<sup>17</sup> de referência e suporte qualificado que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, em complementaridade funcional e numa perspetiva de intervenção em rede, assume a responsabilidade pela

---

<sup>14</sup> Apesar de a própria Constituição prever que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tenha uma gestão descentralizada e participada, na prática esse objetivo nunca foi conseguido. Uma administração fortemente centralizada cerceia a capacidade de inovar, fomenta a desconfiança no sistema e, inevitavelmente, faz crescer a desmotivação e a desresponsabilização a todos os níveis (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2011a).

<sup>15</sup> Os centros de saúde regulados pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, deixam de estar sujeitos a esse diploma a partir do momento em que são integrados em ACES (Decreto-Lei n.º 28/2008).

<sup>16</sup> Atualmente as UCC podem ser criadas pelos municípios (Decreto-Lei n.º 239/2015).

<sup>17</sup> O enfermeiro de família desenvolve a sua atividade sob a coordenação do coordenador da equipa multiprofissional constituída na respetiva USF e UCSP, com respeito pelas competências previstas no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, aplicável por força do disposto nos artigos 9.º e 10.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.

prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Regulamento n.º 126/2011), designadamente (Portugal. Ministério da Saúde, GTDCSP, 2012f):

- Na identificação precoce de determinantes da saúde com efeitos na dinâmica familiar
- No reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde.
- Como parceiro na gestão da saúde da família, organizando recursos necessários à promoção da máxima autonomia
- Como elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde, particularmente, aos de enfermagem
- Como mediador na definição das políticas de saúde dirigidas à família.

Sendo um recurso de proximidade, o enfermeiro de família disponibiliza cuidados de enfermagem, efetuando, em articulação com a restante equipa de saúde, a avaliação da situação de saúde e das fases da vida, relativamente ao seu grupo de famílias, privilegiando as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, da deteção precoce de doenças não transmissíveis, da gestão da doença crónica e da visitação domiciliária (Decreto-Lei n.º 118/2014).

A figura do enfermeiro de família<sup>18</sup> foi enfatizada na Declaração de Munique, na qual se destacou que os enfermeiros de família são o *pivot* de uma equipa multidisciplinar e entidade corresponsável pelo contínuo de cuidados, desde a conceção até à morte e nos acontecimentos da vida críticos, envolvendo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou em estádios terminais de vida (Portugal. Ministério da Saúde, GTDCSP, 2012f; Ordem dos Enfermeiros, 2000). Os enfermeiros de família podem ajudar indivíduos e famílias a lidar com a doença e incapacidade crónica, ou períodos de *stress* ou de maior vulnerabilidade, dedicando grande parte do seu tempo ao acompanhamento dos doentes e suas famílias nas suas habitações. Estes enfermeiros prestam aconselhamento em áreas tão diversas como estilos de vida e fatores de risco comportamentais, bem como assistem as famílias em questões relativas à sua saúde. Através da rápida deteção, estes profissionais podem assegurar que os problemas de saúde das famílias são tratados numa fase precoce. Estes profissionais podem, de facto, agir como o eixo entre a família e o médico de família, **substituindo o médico** quando as necessidades identificadas são mais relevantes para a especialidade de enfermagem (Despacho n.º 10321/2012, o negrito, o sublinhado e o itálico é nosso).

Como vimos, no contexto internacional, existem referências a um melhor aproveitamento do enfermeiro de família, dando-se particular destaque às funções que, pese embora se revistam de primordial importância, possam nele ser delegados pelo médico de

---

<sup>18</sup> Em Portugal, e na sequência do trabalho desenvolvido pelo Grupo de Trabalho para Preparação da Legislação sobre a Metodologia de ação do Enfermeiro de Família – Criado pelo Despacho n.º 10321/2012, de 01 de agosto – a figura do enfermeiro de família veio a ser criada juridicamente em Portugal por via do Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. No preâmbulo do referido diploma, destaca-se que esta figura tem vindo a ser criada nos sistemas de saúde de vários países da Região Europeia, reforçando ainda a importância dos contributos da enfermagem para a promoção da saúde e prevenção da doença. É o caso de Espanha e Reino Unido, nos quais a figura do enfermeiro de família já foi estabelecida, trabalhando em CSP juntamente com os demais profissionais de saúde e baseando-se no conhecimento do paciente no contexto da família e da comunidade.

família, a fim de este profissional poder assim ter mais tempo disponível para que se possa centrar em atividades clínicas que sejam da sua exclusiva responsabilidade.

Contudo, alguns autores alertam para o facto de que a prestação de CSP ter de ser um trabalho de equipa médico-enfermeiro não podendo o enfermeiro substituir-se ao médico (Gutkin, 2008).

#### **4.4.4. O gestor do doente**

Já em 2007, a propósito dos cuidados de saúde domiciliários se propunha a criação de um gestor de caso (Portugal. Ministério da Saúde. MCSP, 2007a). O documento sustentava a criação dessa figura tendo em vista *“uma melhor coordenação, monitorização e avaliação das diferentes intervenções é necessário distribuir, claramente, tarefas e responsabilidades a cada um, evitando desperdício de energias humanas e de recursos.... sem prejuízo do papel fulcral do médico e do enfermeiro de família nestas situações”*, pese embora sem que se identificasse claramente quem desempenharia as referidas funções de gestor de caso. Mais recentemente surgiu o termo gestor do doente.

O gestor do doente como uma nova profissão na saúde, é um termo que se tem ouvido através da comunicação social e das redes sociais (Broeiro, 2014). De acordo com a revisão bibliográfica efetuada pela autora, o gestor do doente tem como objetivo, nos programas de Gestão Integrada da Doença (GID), centrar os cuidados no paciente e na família, coordenando cuidados, facilitando o acesso e a comunicação entre prestadores, monitorizando o cumprimento dos planos de cuidados, proporcionando educação para a saúde e incentivando a capacitação dos pacientes pelo que questiona a autora em que difere do perfil de competências do Médico de Família internacionalmente aceite? (Euract, 2005).

Deste modo, existindo já, no SNS, profissionais com o perfil, porquê criar outra figura e não assegurar as condições para o exercício em pleno da MGF, incluindo horário protegido para as tarefas de coordenação e gestão, bem como tempos de consulta que permitam uma abordagem holística e integral da pessoa e/ou família que adoecer? (Broeiro, 2014).

#### **4.5. Incentivos**

O salário mensal continua a ser a base da remuneração dos profissionais de saúde no setor público. Assim, e pese embora, as horas extraordinárias, tornadas habituais e regulares no horário de trabalho de alguns profissionais constituam, nesses casos, uma fatia importante na remuneração (Biscaia, *et al.*, 2008), os incentivos remuneratórios podem, eventualmente, contribuir para a melhoria do acesso das populações aos cuidados de saúde face à escassez de MGF, designadamente, incentivando a mobilidade dos médicos MGF para zonas periféricas e/ou de maior pressão demográfica, bem como por via do incremento das listas de utentes.

De acordo com Santana e Vaz (2009) a literatura sobre incentivos em serviços de saúde, ainda que não muito extensa, permite reconhecer que existe uma relação entre o desempenho e a existência dos incentivos adequados<sup>19</sup>. Há muita discussão, quer sobre a

---

<sup>19</sup> Contudo, qualquer sistema de incentivos deve pressupor um sistema de informação fidedigno que permita identificar os objetos do sistema (isto é, o que se pretende com o sistema de incentivos) de forma inequívoca, quer para quem atribui os incentivos, quer para quem os recebe. Mas é também essencial que exista um sistema de avaliação individual de desempenho que permita manter os equilíbrios internos entre profissionais com diferentes perfis de intervenção, de forma a evitar a criação de iniquidades



forma que devem assumir tais incentivos – financeiros, financiamento de formação, aquisição de equipamento, etc. – quer sobre o âmbito de aplicação – individual ou coletivo – quer, ainda, sobre a extensão institucional de tais abordagens – uma unidade ou todo um sistema. Um dos problemas mais comumente referidos é a existência de efeitos perversos dos sistemas de incentivos, o que resulta, frequentemente, de um mau desenho do sistema e da não consideração de variáveis importantes, designadamente ao nível do comportamento humano ou organizacional.

A respeito dos incentivos Li, *et al.* (2015) referem que o acréscimo de remuneração poderá atrair mais médicos de MGF para as zonas rurais. Por sua vez, e relativamente à componente remuneratória, Colwill, Cultice e Kruse (2008) referem que o “*perdão*” dos empréstimos dos estudantes que venham a escolher MGF também poderá contribuir para a escolha desta especialidade.

#### **4.5.1. Regime remuneratório experimental**

Em 1998, foi introduzido, por via do Decreto-Lei n.º 117/98, de 05 de maio, o Regime Remuneratório Experimental (RRE) dos médicos de MGF. O RRE estabelecia, alterações na organização do trabalho associadas a mudança nos aspetos remuneratórios. O RRE aplica o princípio de que o pagamento aos profissionais deve estar associado, pelo menos em parte, à quantidade e qualidade do seu desempenho. Com efeito, no preâmbulo do referido diploma contava que *“a resposta positiva dos profissionais ao desafio da melhoria dos cuidados de saúde, através de formas inovadoras na sua organização, levou a um agravamento da discriminação negativa já existente: os que melhor trabalham são penalizados, dado que uma maior e melhor oferta gera um aumento da procura, sem repercussões na retribuição ou distribuição dos recursos”* (Decreto-Lei n.º 117/98). O sistema de pagamento é misto, com uma componente salarial fixa, uma parte calculada por capitação<sup>20</sup> ponderada e ainda o pagamento ao ato para algumas tarefas específicas. (Biscaia, *et al.*, 2008). O RRE tinha uma vigência inicial de dois anos mas foi sucessivamente renovado (Decreto-Lei n.º 23/2006) até que em 2007 o regime de incentivos viria a ser aplicado a todos os profissionais das USF e viria a contemplar, além de incentivos financeiros, incentivos institucionais, tais como a possibilidade de participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da USF, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional (Decreto-Lei n.º 298/2007).

#### **4.5.2. Aumento da lista de utentes**

O aumento da lista de utentes como forma de se aumentar o acesso aos cuidados de saúde veio a ser concretizado por via da Portaria n.º 993-A/98, de 24 de novembro, a qual veio regulamentar o Decreto-Lei n.º 117/98, de 05 de maio. Partindo de uma lista “*base*” de 1852 unidades ponderadas, às quais correspondem, em média, 1583 utentes, a referida Portaria, previa incentivos para acrescer a lista de unidades ponderadas que poderia alcançar as 2541

---

entre profissionais que podem comprometer, quer o sucesso dos sistemas de incentivos, quer o relacionamento entre profissionais que é suposto trabalharem em equipa (Santana e Vaz, 2009).

<sup>20</sup> A capitação é um sistema de remuneração onde o médico ou instituição de saúde recebem um pagamento fixo por utente inscrito na sua lista, independentemente da quantidade de serviços a prestar (Pereira, 2004, citado por Costa, Santana e Boto, 2008).

unidades ponderadas, para as quais estariam previstas 136 consultas semanais e a prestação de um mínimo de 33 horas semanais de consultas e até 19 horas suplementares semanais para o efeito (Portaria n.º 993-A/98). A possibilidade do aumento da lista de utentes (unidades ponderadas) também veio a ser prevista para as USF de tipo B por via do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, e, mais tarde, às USF do tipo A e às Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados por via do Decreto-Lei n.º 223/2015, de 08 de outubro, onde a lista de utentes (unidades ponderadas) poderá ser acrescida até 2796 unidades ponderadas, às quais corresponde um acréscimo mensal de 741,3€.

#### **4.5.3. Fixação nas zonas carenciadas**

Em complemento das políticas referidas anteriormente para fazer face à escassez de médicos, foi a criação de incentivos para a fixação de médicos em zonas carenciadas, designadamente nas zonas periféricas e nas zonas de maior pressão demográfica a fim de minimizar as assimetrias regionais relativas à concentração de médicos e tendo em vista diminuir as distâncias de deslocação dos utentes a partir dos seus domicílios. Para o efeito, vieram a prever-se incentivos de natureza pecuniária e não pecuniária para a fixação em zonas geográficas carenciadas fixadas anualmente por Despacho do Ministério da Saúde e das Finanças (Decreto-Lei n.º 101/2015)

Curiosamente, constata-se que o Despacho que veio a estabelecer os pares de estabelecimentos de saúde/especialidades médicas carenciadas circunscreveu-se à área hospitalar, deixando de fora os CSP e os médicos de MGF (Despacho n.º 9718/2015).

#### **4.6. Políticas relativas à aposentação dos médicos**

A sociedade enfrenta um risco de escassez de médicos face às aposentações antecipadas, bem como à diminuição do número de horas de trabalho estatutariamente previstas para os médicos mais velhos. A fim de compensar essas saídas e as reduções de horário as políticas públicas centradas nas questões da reforma têm-se centrado *(i)* no desincentivo das reformas antecipadas, por via da introdução de penalizações mais severas; *(ii)* por via do aumento da idade legal da reforma e; *(iii)* na contratação de médicos aposentados (Simoens e Hurst, 2006).

Relativamente às políticas públicas da aposentação, identificámos que as primeiras duas estratégias estão a ser utilizadas, nomeadamente pelo Canadá e Austrália, com particular ênfase ao nível do deferimento da aposentação por via do aumento da idade da aposentação, acrescentando também a possibilidade da passagem ao tempo parcial. Estando os decisores políticos no México a ponderar a primeira destas hipóteses (Simoens e Hurst, 2006). Por sua vez, no Canadá, deixou de haver idade compulsiva para a reforma, tal como ocorre em Portugal aos 70 anos, havendo por isso médicos com mais de 80 anos ao serviço (CBC News, 2011).

As duas primeiras, ainda que aplicadas à Administração Pública em geral, foram já aplicadas em Portugal.

#### **4.7. Contratação de médicos aposentados**

A contratação de profissionais de saúde aposentados tem sido vista como uma forma de assegurar a manutenção de cuidados de saúde mas também como um modo de se transmitirem conhecimentos por via dos trabalhadores mais experientes (Organização Mundial de Saúde, 2006). A contratação de profissionais de saúde reformados é mais frequente ao nível dos médicos mas também há casos da aplicação desta política pública aos enfermeiros (Morgan, 2005). A contratação de médicos aposentados ocorre, pelo menos, nos EUA<sup>21</sup>, no Reino Unido e em Portugal (Rothstein, 2011; Bower, *et al.*, 2010; Mulvey *et. al.*; 2007; Simoens e Hurst, 2006; Decreto-Lei n.º 89/2010), sendo vista como uma solução viável para mitigar a escassez de médicos (Glass, 2015).

#### **4.7.1. Contratação de médicos aposentados em Portugal**

No plano nacional, e como vimos, a contratação de médicos aposentados era das soluções propostas por Santana e Vaz (2009) para fazer face à escassez de médicos de MGF sendo que em 2010, veio a ser adotada como política pública (Decreto-Lei n.º 89/2010).

Com efeito, o Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho, veio estabelecer um regime excecional que permite o exercício de funções públicas ou a prestação de trabalho remunerado por médicos aposentados, em serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde independentemente da sua natureza jurídica. O referido diploma foi concebido como uma medida transitória para vigorar até 2013 – dado que as necessidades dos estabelecimentos e serviços de saúde devem ser supridas, em primeira instância, mediante o recrutamento dos médicos especialistas que, em cada ano, adquirem as correspondentes qualificações profissionais – devendo a contratação, como decorre do Despacho n.º 9532-A/2013, assentar na necessidade de prestar cuidados de saúde, ou seja, atividade assistencial.

O referido diploma previa dois regimes: médicos aposentados sem e com recurso a mecanismos legais de antecipação. Aos primeiros aplica-se-lhes o artigo 79.º do Estatuto da Aposentação, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 498/72, de 09 de dezembro, com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º 179/2005, de 02 de novembro, de acordo com o qual é-lhes mantida a respetiva pensão, sendo-lhes, nesse caso, abonada uma terça parte da remuneração base que competir àquelas funções ou trabalho, ou, quando lhes seja mais favorável, mantida esta remuneração, acrescida de uma terça parte da pensão que lhes seja devida. Por sua vez, aos segundos a pensão que auferem é congelada durante o período relativo ao contrato e auferem uma remuneração de acordo com a categoria e escalão que detinham à data da aposentação e o período normal de trabalho aplicável. Além disso, findo o contrato, este contingente de médicos vê a sua pensão retomada e atualizada, nos termos da lei, face aos descontos entretanto realizados durante o período de contrato. Aspeto de destaque no referido diploma é o seu artigo 8.º, o qual, determina a proibição expressa da prestação de serviço por médicos aposentados em serviços do SNS contrariamente às disposições previstas no diploma, designadamente, por via do recurso à contratação por intermédio de entidades empresariais. Também os médicos que se aposentaram compulsivamente ou com fundamento em

---

<sup>21</sup> Nos EUA uma das soluções propostas consiste na contratação de médicos aposentados e no incentivo de médicos de outras especialidades a obterem formação de modo a poderem exercer medicina geral e familiar (Physician Retraining Reentry, 2015a). Para o efeito, o professor de medicina Leonard Glass, criou uma fundação, em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade de San Diego, com o propósito de dar formação aos médicos aposentados, de modo a que estes possam regressar à prática clínica, bem como permitir que outros médicos venham a exercer esta especialidade sem terem de voltar à Universidade, desde que esses médicos não tenham perdido a sua licença (Physician Retraining Reentry, 2015b; Sisson, 2013).

incapacidade encontram-se excluídos do âmbito de aplicação subjetivo da lei (Decreto-Lei n.º 89/2010).

Todavia, e pese embora o referido diploma tenha sido concebido como uma medida transitória para fazer face à carência de pessoal médico, particularmente evidente em determinadas especialidades, foi necessário, face à persistência da escassez de médicos, proceder à respetiva prorrogação da vigência, o que veio a suceder por via do Decreto-Lei n.º 94/2013, de 18 de julho, o qual veio prorrogar a vigência da política até 2015 (Decreto-Lei n.º 94/2013).

No entanto, diante da constatação de que apesar das medidas adotadas, designadamente o aumento de vagas e de novos cursos de medicina e o aumento das vagas para o internato de MGF apenas produzirá resultados a médio/longo prazo, a política foi novamente prorrogada por mais três anos, por via do Decreto-Lei n.º 53/2015, de 15 de abril. Uma novidade introduzida por este diploma foi a alteração do regime remuneratório aplicável aos médicos aposentados com recurso a mecanismos legais de antecipação – desde que se encontrem aposentados antes da entrada em vigor do diploma – os quais passam a ser remunerados nos moldes idênticos aos médicos aposentados sem recurso a mecanismos legais de antecipação, ou seja, é-lhes mantida a respetiva pensão, sendo-lhes, nesse caso, abonada uma terça parte da remuneração base que competir àquelas funções ou trabalho, ou, quando lhes seja mais favorável, mantida a remuneração, acrescida de uma terça parte da pensão que lhes seja devida. A esses médicos foi também estendida a possibilidade de poderem vir a ser contratados em regime de tempo parcial, sendo que, nesse caso, o terço da remuneração que vão auferir é calculada em proporção da carga horária que venham a contratualizar, e que pode corresponder a meio tempo ou a tempo completo (Decreto-Lei n.º 53/2015).

Relativamente ao número de médicos aposentados que poderiam vir a ser contratados em cada ano, foram definidos os seguintes contingentes gerais, sem que se tenham definido vagas, especialidades ou locais disponíveis:

- **2010:** 200 vagas (Despacho 19070-C/2010, de 23 de dezembro)
- **2011:** 200 vagas (Despacho 19070-C/2010, de 23 de dezembro)
- **2012:** 200 vagas (Despacho 15746/2011, de 21 de novembro)
- **2013:** 200 vagas (Despacho 1663/2013, de 29 de janeiro)
- **2014:** 100 vagas (Despacho 3235/2014, de 27 de fevereiro)
- **2015:** 400 vagas (Despacho 5249-A/2015, de 19 de maio)

Quanto aos contingentes definidos de médicos aposentados a contratar e considerando que o despacho que fixa aquele contingente se reconduz à situação dos médicos aposentados que, nos termos da lei, quando contratado, tenham direito à cumulação da pensão de aposentação (ou parte dela: um terço) e a remuneração que competir às funções a desenvolver (ou parte dela: um terço) o número de vagas que tem sido estabelecido ao longo dos anos de vigência deste diploma tem atendido ao número de médicos que se aposentam sem recurso a mecanismos legais de antecipação.

Porém, e de acordo com a ACSS<sup>22</sup>, diante da constatação do elevado número de aposentações com recurso a mecanismos de antecipação e face à publicação do Decreto-Lei n.º 53/2015, de 15 de abril, diploma que como vimos veio a introduziu algumas alterações em

---

<sup>22</sup> Resposta via correio eletrónico.

matéria remuneratória aplicável aos médicos aposentados com recurso a mecanismos legais de antecipação antes da entrada em vigor daquele diploma - os quais podem, também, cumular, neste caso, a totalidade da pensão de aposentação e um terço da remuneração correspondente às funções assistenciais a desenvolver, o despacho relativo ao ano de 2015 foi objeto de um significativo aumento (400 vagas).

Em termos de distribuição das vagas, e considerando que havendo interesse do médico em retomar funções, este poderá vir a ser contratado por estabelecimento de saúde diferente, situado, até, em local ou região de saúde distinto, daquele a que anteriormente se encontrava vinculado. A utilização das vagas resulta das propostas de contratação apresentadas.

Presentemente, e com o intuito de melhorar o acesso aos cuidados de saúde e de modo a incentivar o regresso de um maior número de médicos aposentados ao SNS, foi concebido, para vigorar no presente ano de 2016, um novo regime remuneratório para contratação de pessoal médico aposentado – conforme artigo 113.º da Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março, diploma que aprovou o Orçamento de Estado para 2016 – através do qual se veio permitir que o médico receba a totalidade da pensão acrescida de 75% da remuneração ou a totalidade da remuneração respeitante à sua categoria e escalão antes da aposentação acrescida de 75%, consoante a opção do médico.

Deste modo, face ao que antecede e atendendo à vigência limitada do regime remuneratório estabelecido no aludido artigo 113.º da Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março – que, reitera-se, se esgota no final do ano civil em curso – e com o objetivo de permitir, por um lado que o maior número de médicos aposentados tenha conhecimento do regime atualmente em vigor e, por outro, uma maior celeridade na apreciação dos pedidos, veio a ACSS prestar, publicamente, os seguintes esclarecimentos, por via da Circular Informativa n.º 19/2016/URJ/ACSS, de 18 de abril de 2016 e que a seguir transcrevemos:

*“1. Durante o ano de 2016, os médicos aposentados sem recurso a mecanismos legais de antecipação, bem como os médicos aposentados com recurso a mecanismos legais de antecipação, que se tenham aposentado antes da entrada em vigor da Lei n.º 7-A/2015, de 30 de março, passam a poder cumular, com a respetiva pensão de aposentação, 75 % da remuneração correspondente à categoria e, consoante o caso, escalão ou posição remuneratória, bem como o regime de trabalho, detidos à data da aposentação.*

*2. A determinação da remuneração, nos termos anteriormente referidos, é proporcional à carga horária semanal praticada.*

*3. Na situação particular dos médicos da área de Medicina Geral e Familiar importará realçar que, nos termos do artigo 113.º acima referido, nas situações em que o regresso ao SNS não seja em regime de tempo completo, a lista de utentes a atribuir aos médicos aposentados é proporcional ao período de trabalho semanal contratado.*

*4. O regime remuneratório estabelecido no mencionado artigo 113.º da Lei do Orçamento de Estado para 2016 aplica-se, também, aos médicos aposentados que já se encontrem a exercer funções, ao abrigo do regime previsto no Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho, bastando para o efeito que os mesmos, tendo interesse, declarem tal pretensão.*

*5. Nas situações referidas no ponto anterior, o novo regime remuneratório produz efeitos a 1 de abril de 2016.” (Portugal, Ministério da Saúde. ACSS, 2016b).*

#### **4.7.2. Contratação de médicos aposentados no plano internacional**

Face à revisão bibliográfica efetuada não nos foi possível identificar quantos médicos aposentados têm vindo a ser contratados nos EUA e no Reino Unido, nem tão-pouco a respetiva taxa de “recontratação”. Todavia, ainda assim, foi-nos possível identificar algumas diferenças em relação à política portuguesa. Por exemplo, nos EUA o trabalho efetuado por médicos aposentados é, maioritariamente efetuado em regime de voluntariado a utentes que não têm acesso a cuidados médicos, enquanto outros recebem donativos provindos de associações sem fins lucrativos. Por sua vez, no Reino Unido, existe um sistema de remunerações para médicos aposentados que varia de acordo com a idade do médico à data da aposentação (inferior a 60 anos ou inferior a 65 anos) e o ano em que o médico se aposentou (até 2008 ou posterior). Em todo o caso, o valor total a receber pelo médico aposentado (valor da pensão, acrescido do valor a receber pela contratação enquanto aposentado) não pode exceder o valor que o médico auferia à data em que se aposentou, isto é, não pode haver acréscimos (NHS, 2012).

## Parte II – Componente empírica

### Capítulo 1. Metodologia de investigação

Para Pita Barros, *et al.*, (2015) a avaliação de políticas públicas pode adotar diferentes perspetivas de análise, com distintas atenções aos aspetos de processo (como são construídas e implementadas as políticas? Quais os atores e os fatores contextuais relevantes?) e aos aspetos de resultado (as políticas adotadas produziram os resultados esperados? Produziram resultados positivos do ponto de vista do bem-estar social? Esses resultados poderiam ser melhorados?). Para os referidos autores, a avaliação dos resultados das políticas públicas é diferente da noção de auditoria, na medida em que esta última procura verificar em que medida o processo seguiu critérios pré-determinados. É também diferente de uma atividade de monitorização, que implica um acompanhamento contínuo, com recolha de informação de rotina.

Deste modo, a nossa investigação procurará incidir na perspetiva da avaliação dos resultados da política adotada – contratação de médicos aposentados nos CSP – procurando medir, por um lado, em que medida se alcançaram os objetivos especificados (quantos médicos aposentados foram contratados para os CSP do SNS, por ano e por ARS), e por outro lado, do ponto de vista da perceção dos *players/stakeholders*, investigar como é que esses resultados poderiam ser *eventualmente* melhorados, aferindo, para tanto, quais são as expetativas quanto ao contributo daquela política pública, os potenciais benefícios e eventuais constrangimentos do ponto de vista daqueles atores.

#### 1. Construção do modelo de análise

A fim de se alcançarem os objetivos propostos para este estudo e de darmos resposta à nossa questão de investigação prosseguiu-se, na presente investigação, o modelo de análise foi construído em torno de uma análise quantitativa e de uma análise qualitativa.

Com a análise quantitativa procurou-se compreender:

- Evolução das aposentações e demais saídas;
- Evolução das entradas (contratação de médicos MGF aposentados; contratação de médicos MGF estrangeiros e as admissões de novos internos MGF;
- A evolução do número de inscritos sem médico de família;

Por sua vez, no que respeita à análise qualitativa pretendeu-se obter a perceção dos diversos *players/stakeholders* envolvidos na política pública analisada – contratação de médicos aposentados. Para tanto, o modelo construído visou obter a perceção dos seguintes grupos de *players/stakeholders*:

- Profissionais da Saúde: percepção e a comparação das opiniões entre os diversos médicos que poderão vir a ser contratados por via desta política pública, bem como daqueles que efetivamente já o foram
- Políticos: ex-Governantes com responsabilidades na área da saúde em geral e na política pública de contratação de médicos aposentados, em especial;
- Gestores: Diretores executivos dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES);
- Ordem dos Médicos, Sindicatos e Associações.

Dentro da análise qualitativa, e relativamente ao primeiro grupo – **profissionais de saúde** – procurou-se compreender junto dos médicos MGF qual a respetiva percepção destes profissionais acerca da importância dos CSP, a percepção relativamente à falta de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, a percepção quanto à política pública de contratação de médicos aposentados, designadamente quanto às condições remuneratórias oferecidas, aspetos de gestão e organizacionais que traduzam dificuldades que estes profissionais eventualmente se deparem no dia-a-dia nos seus locais de trabalho, quais as possíveis soluções e condições que os referidos profissionais de saúde consideram ideais para se manterem e/ou regressarem aos CSP do SNS, sugestões de melhoria, o porquê de se terem aposentado (no caso específico dos médicos que se aposentaram aposentado), questões que relevam ou não para que os médicos que se aposentaram tenham ou não decidido continuar em funções (nos CSP do SNS ou do Sector Privado), questões que relevam para que os médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar aposentados dos CSP do SNS não pretendam regressar ao trabalho e, no caso dos profissionais aposentados dos CSP do SNS que se encontrarem a trabalhar no sector privado, compreender porque é que não pretendem regressar aos CSP do SNS. Por sua vez, aos profissionais médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar aposentados que regressaram aos CSP do SNS compreender os fatores que conduziram a esse mesmo regresso. Para tanto, aplicou-se a estes profissionais a técnica da entrevista<sup>23</sup>.

Por sua vez, no segundo grupo – **os políticos** – visou-se compreender, nesta investigação qual é que foi a inspiração e o(s) elemento(s) de referência, como, onde, quando, quem, o quê e porquê desta política pública que possibilitou a contratação de médicos ter surgido, designadamente se foi através de literatura internacional ou outra, como é que a medida foi implementada, quais os objetivos traçados para a mesma, como é que foi determinado o regime remuneratório e porquê, porque é que a política foi sucessivamente renovada, porque é que se manteve o regime remuneratório face ao número de contratações que estavam a ser realizadas. Para o efeito também se aplicou a estes profissionais a técnica da entrevista.

Relativamente ao terceiro grupo – **os dos gestores** – procurou-se compreender junto de especialistas na área da gestão em saúde (Diretores Executivos dos ACES) a respetiva percepção quanto à eventual<sup>24</sup> falta de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, as expectativas quanto ao número de contratação de aposentados face às condições

<sup>23</sup> A entrevista é uma conversação direta com um objetivo específico, que utiliza o padrão pergunta-resposta. As entrevistas são particularmente adequadas para obter opiniões, impressões gerais sobre o sistema atual, objetivos pessoais e organizacionais e procedimentos ou processos informais (Oliveira, 2000).

<sup>24</sup> Denominamos de eventual, pois nem todos os ACES têm falta de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar.



remuneratórias oferecidas, bem como a percepção quanto a possíveis soluções para a eventual falta daqueles especialistas. A este grupo aplicou-se a técnica do questionário<sup>25</sup>.

Para os restantes players/stakeholders (Ordem dos Médicos, Associações e Sindicatos) também se pretendeu conhecer a respetiva percepção quanto à eventual escassez de médicos, à política pública de contratação de médicos aposentados como solução e, as soluções alternativas. Para o efeito, delineou-se a realizar entrevista ao Bastonário da Ordem dos Médicos e a aplicação do questionário submetido ao grupo dos gestores às Associações e aos Sindicatos dada a impossibilidade temporal do investigador para propor entrevistas a todos eles.

No ponto relativo às técnicas e instrumentos de recolha de dados (anexo), iremos explicar o porquê da utilização de cada um dos instrumentos de recolha de dados aplicados, bem como iremos identificar as possíveis alternativas à estratégia adotada, no presente estudo.

Para efeitos de definição do nosso estudo médicos aposentados são aqueles cujo último emprego ao qual se encontravam vinculados antes da aposentação foi um organismo prestador de serviços de saúde dependente do SNS. Relativamente às referências a utentes sem médico de família serão todos aqueles utentes inscritos no SNS mas que embora desejem não têm médico de família atribuído. Por sua vez, todas as referências a médicos de família dever-se-á entender que nos reportamos aos profissionais de saúde médicos que são especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF).

### 1.1. O delineamento metodológico – Desenho e estratégia de investigação

A investigação científica procura novos factos, através de diferentes tipos de abordagem (Graça, 2015) e realiza-se quando se tem um problema e se pretende obter informações para o solucionar (Silva e Menezes, 2005).

A investigação poderá constituir um processo não totalmente controlável ou previsível. Assim sendo, adotar uma metodologia significa escolher um caminho, um percurso global do espírito, sendo que esse percurso requer, muitas vezes, de ser reinventado a cada etapa. Precisamos, então, não somente de regras mas também de muita criatividade e imaginação para superarmos as dificuldades encontradas. (Silva e Menezes, 2005).

Basicamente, o método de investigação pode envolver dois tipos de desenhos ou estratégias de investigação: experimentais e não experimentais. A grande diferença entre um e outro é que no método não-experimental não há (nem pode haver) manipulação da variável independente (Graça, 2015). O método de investigação experimental usa-se, sobretudo, quando pretendemos testar hipóteses<sup>26</sup> (Graça, 2015). Porém, e citando Pina, 2005: *“a enunciação de hipóteses só poderá acontecer se nós tivermos já uma descrição das características do problema. Por exemplo, se estiver descrito que a frequência de uma*

<sup>25</sup> Os questionários são particularmente úteis quando se pretende obter o mesmo tipo de informação de um grande número de pessoas, (Oliveira, 2000). Um bom questionário *“é meio caminho andado”* (Graça, 2012). Apesar da sua importância, e maior facilidade de aplicação os questionários não poderiam ter sido aplicados ao primeiro grupo dado que estes instrumentos não são adequados para obter opiniões aprofundadas, identificar problemas ou soluções para um sistema (Oliveira, 2000).

<sup>26</sup> Uma hipótese é a afirmação de uma relação (ou relações) esperada(s) entre os fenómenos que vão ser objeto de estudo. Ou seja, entre duas ou mais variáveis: uma variável independente (a causa, o estímulo) e uma variável dependente (o efeito, a resposta), numa dada população. As hipóteses devem ser formuladas de maneira clara, sem qualquer ambiguidade. Devem conter a variável independente, a variável dependente e a população pertinente, aquela a que se poderão generalizar os resultados do teste de hipóteses – por ex., qui-quadrado, no caso de duas variáveis nominais ou categoriais (Graça, 2015).

*determinada doença é diferente em duas populações, poderemos formular a hipótese de que essa diferença está associada a uma diferença de um determinado fator de risco entre as duas populações ... as hipóteses são apenas fundamentais em estudos analíticos ou experimentais. Um estudo descritivo não necessita de hipóteses: basta-lhe descrever as características do fenómeno”.*

Verificamos assim, que nem em todos os estudos/investigações se baseiam em hipóteses. É o caso dos estudos não-experimentais nos quais basta descrever as características do fenómeno (Pina, 2005) e onde o que importa ao investigador é a obtenção de novos factos a respeito dos fenómenos (ou variáveis) e não propriamente relacionar esses fenómenos entre si, como acontece nos estudos de natureza experimental (Graça, 2015).

No entanto, um estudo não-experimental pode levar ao desenvolvimento de hipóteses, baseadas na problematização, e que poderão ser testadas mais tarde num estudo de tipo causal ou correlacional. A investigação não-experimental, apesar de não permitir a manipulação da variável independente, e portanto, não permitir testar hipóteses, tem como vantagem o facto de poder ser conduzida num ambiente dito natural, tal como a empresa, a escola, o hospital, a comunidade, a casa, a rua, etc. Outra vantagem, da investigação não-experimental decorre do facto de ser um método menos dispendioso e que leva menos tempo a desenvolver (Graça, 2015).

A investigação não-experimental pode dividir-se em descritiva, explicativa e exploratória (Graça, 2015; Gerhardt e Silveira, 2009).

No nosso estudo e pelo facto de não termos possibilidade de influenciar as diversas variáveis independentes que possam influenciar a contratação de médicos aposentados, tais como, a remuneração, os aspetos organizativos do trabalho, a formação de equipas, fatores de recompensa, o número de utentes inscritos distribuídos que seria distribuído a cada médico, etc.) estamos vedados ao teste de hipóteses e, portanto, à implementação de um estudo de natureza experimental. Deste modo, do ponto de vista da natureza do nosso estudo, o mesmo será um estudo **não experimental** (Graça, 2015).

No que toca ao objetivo do nosso trabalho de campo e uma vez que pretendemos, com base em dados estatísticos avaliar se a contratação de médicos aposentados ocorrida entre 2010 e 2015 atingiu o número de vagas previstas, em que ARS e em que anos, estaremos diante de um estudo **descrito retrospectivo quantitativo**.

Por outro lado, e uma vez que pretendemos complementar qualitativamente a nossa investigação explorando para o efeito a perceção dos principais *players/stakeholders* relativamente à contratação de médicos aposentados, mediante aplicação de questionário e de entrevistas, a nossa investigação será também por isso **exploratória**.

Deste modo, o nosso estudo de campo tratar-se-á então, quanto ao seu objetivo, de um estudo **exploratório-descritivo combinado** (Marconi e Lakatos, 2011).

Do ponto de vista dos procedimentos técnicos o nosso estudo envolverá a investigação documental, recorrendo a fontes primárias e, excecionalmente, a fontes secundárias, sendo também utilizada uma investigação de levantamento, dado que envolverá a interrogação das pessoas cuja perceção se deseja conhecer (*players/stakeholders*). Relativamente à componente do levantamento o nosso estudo envolverá inquéritos, entrevistas e o estudo de casos.

Face ao exposto, e para atender aos objetivos propostos foi desenvolvido um estudo empírico, não experimental do tipo exploratório-descritivo combinado e que envolveu uma investigação de levantamento.

O uso da metodologia proposta justifica-se, pois ela tem sido muito utilizada nas Ciências Sociais, principalmente quando se trata de estudar um fenómeno no seu contexto real, sendo este a fonte direta dos dados. Por sua vez, a abordagem do tipo qualitativa possibilita o envolvimento de dados descritivos e o contato direto do investigador, que é o instrumento fundamental, procurando entender o fenómeno estudado de acordo com os sujeitos da investigação.

## **1.2. População**

Relativamente à componente quantitativa a nossa população de estudo serão as ARS nos termos anteriormente definidos no ponto relativo à construção do modelo de análise (1.2.).

No que respeita à componente qualitativa (perceção dos players/stakeholders) a nossa população de estudo incorporou Profissionais da Saúde, Políticos (ex-Governantes com responsabilidades na área da saúde em geral e na política pública de contratação de médicos aposentados, em especial), a Gestores, Ordem dos Médicos, Sindicatos e Associações

Relativamente aos profissionais de saúde conduziram-se dozes entrevistas “*em profundidade*” – a quatro grupos de médicos MGF considerados estudos de caso<sup>27</sup>. As entrevistas foram realizadas mediante compromisso do anonimato de modo a que os entrevistados pudessem sentir-se assim mais confortáveis na transmissão das suas perceções.

O critério de inclusão destes médicos como estudos de caso baseou-se nos seguintes critérios: (1) os entrevistados serem médicos especialistas em MGF; (2) possuírem mais de 60 anos e; (3) exercerem ou terem exercido funções nos CSP do SNS durante pelo menos 25 anos. Para o efeito, e a fim de cobrirmos a maioria das perceções que se nos afiguram possíveis procurou-se incluir estudos de caso em cinco grupos:

- 1.º Grupo – Médicos de família em funções nos CSP do SNS (que ainda não se aposentaram)
- 2.º Grupo – Médicos de família aposentados dos CSP do SNS que tenham deixado de exercer medicina (por aposentação)
- 3.º Grupo – Médicos de família aposentados dos CSP do SNS que estejam a exercer funções no sector privado (CSP)
- 4.º Grupo – Médicos de família aposentados dos CSP do SNS que regressaram aos CSP do SNS (para o mesmo ou para um serviço diferente)

Por sua vez, tendo em vista perceber como é que a política pública de contratação de médicos aposentados surgiu, foram ainda conduzidas entrevistas em profundidade a dois ex-governantes (Dr.ª Ana Jorge e Dr. Leal da Costa).

Relativamente à Ordem dos Médicos pretendia-se realizar entrevista ao Ilustre Bastonário daquela Ordem, contudo, apesar de contacto telefónico realizado, onde foi

---

<sup>27</sup> junto de estudos de caso, isto é, médicos que estão a ser ou que podem vir a ser abrangidos pela política dependendo única e **exclusivamente da sua decisão pessoal** e não de critérios administrativos, tais como concursos, merecem que se lhes atribua a devida importância.

solicitado que o pedido fosse formalizado por correio eletrónico, o que veio a suceder, não houve resposta daquela entidade.

Relativamente ao grupo dos gestores procedeu-se à submissão de um inquérito aos Diretores Executivos (efetivos ou em regime de substituição) de cada um dos 44 ACES do SNS. De fora ficaram aqueles que entretanto vieram a ser integrados em Unidades Locais de Saúde (ULS) por se ter considerado que os gestores das ULS não estão apenas focados na gestão da eventual escassez de médicos em MGF o que poderia enviesar as respostas por se tratar de questionários de natureza anónima.

Relativamente às Associações e aos Sindicatos o critério de inclusão na nossa amostra foi a aleatoriedade acaso que resultou da investigação da respetiva existência.

Deste modo, para investigação de Associações relativas a médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar e de Sindicatos dos Médicos, recorreu-se a pesquisa no motor de busca da Google utilizando as seguintes expressões “associações de cuidados de saúde primários”, “associações de médicos de clínica geral” e “sindicato dos médicos” tendo sido devolvidos os seguintes resultados: Associação Nacional das USF, Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, Federação Nacional dos Médicos e Sindicato Independente dos Médicos.

Conforme referido supra na construção do modelo de análise (1.2.) a recolha da perceção destes *players* ocorreu por via da aplicação do questionário aplicado aos gestores.

### **1.3. Técnicas e instrumentos de recolha de dados**

A escolha do(s) instrumento(s) de recolha de dados deverá proporcionar uma interação efetiva entre o investigador e a pesquisa que se está a realizar. Para tanto, o investigador deverá relacionar a recolha de dados com o problema, a hipótese ou os pressupostos da investigação, tendo em vista obter elementos que lhe permitam alcançar os objetivos propostos na investigação (Marconi e Lakatos, 2005).

Para obtenção de dados podem ser utilizados, essencialmente, quatro procedimentos, designadamente, investigações do tipo: (1) documental e (2) bibliográfica, a (3) observação e o (4) contato. (Marconi e Lakatos, 2005 e Lakatos, 1996).

#### **1.3.1. A investigação documental e bibliográfica**

A investigação documental incidiu principalmente sobre fontes estatísticas difundidas nos sítios eletrónicos das seguintes entidades: ACSS, Portal do SNS, Instituto Nacional de Estatística, Direção-Geral de Saúde e Ordem dos Médicos. Complementarmente, utilizaram-se os recursos disponíveis na Escola Nacional de Saúde Pública, designadamente documentos de trabalho e de apoio disponibilizados por docentes no âmbito de unidades curriculares do Curso de Especialização em Administração Hospitalar.

Por sua vez, a investigação bibliográfica foi conduzida a partir de bases de dados eletrónicas internacionais, designadamente: *Medline*, *Web of Science* e *B-On*, com recurso ao motor de busca *Google* e *Google Scholar* a fim de extrair alguns artigos indisponíveis nas bases de dados supracitadas. Para as pesquisas efetuadas foram utilizadas diversas combinações entre um conjunto de palavras-chave, das quais destacamos “*doctor shortage*”, “*physician shortage*”, “*primary care shortage*” “*retirement*”, “*retirement and return*”, “*recruitment and*

*retention*”, “*primary health care*”, “*primary care*”. Foram também identificados e recuperados artigos relevantes através das bibliografias dos artigos pesquisados. A pesquisa bibliográfica englobou igualmente os sítios eletrónicos de entidades internacionais e nacionais, designadamente, a OMS, o Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde, da Direção Geral de Saúde, da ACSS, do Portal do SNS, do Alto Comissariado da Saúde, da Missão dos CSP (MCSP), do Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP, da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, da Associação Portuguesa das Unidades de Saúde Familiar, da Ordem dos Médicos, de organizações Sindicais dos Médicos, bem como sítios institucionais de diversos países.

Foi via pesquisa documental e bibliográfica que os nossos dados quantitativos foram obtidos, tendo os mesmos sido complementados com outros solicitados e disponibilizados gentilmente pela ACSS ao investigador para efeitos do presente estudo. Foram também obtidos dados gentilmente cedidos pelo Dr. Arnaldo Araújo, dirigente sindical da SMN/FNAM.

### **1.3.2. Investigação por contato**

#### **1.3.2.1. A entrevista**

Ver anexo sff

#### **1.3.2.2. O questionário**

Ver anexo sff

### **1.4. Técnicas de tratamento de dados**

Relativamente aos dados de natureza quantitativa os mesmos foram devidamente organizados em tabelas por ARS e por ano, as quais, por sua vez, foram sujeitas a tratamento gráfico por via de folha de cálculo.

Por sua vez, para o tratamento da componente qualitativa, e seguindo de perto Campos, 2004, proporcionou-se um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados recolhidos. Para o efeito, o tratamento dos dados obtidos via entrevista assentou na análise de conteúdo<sup>28</sup> das respetivas gravações tendo-se procedido, para o efeito, às respetivas audições e transcrições<sup>29</sup> das partes mais relevantes para a presente investigação. Relativamente aos questionários o tratamento de dados das questões de natureza aberta foi igualmente realizado recorrendo à técnica da análise de conteúdo. Por sua vez, o tratamento das respostas às questões fechadas dos referidos questionários foi realizado via ferramenta do *Google forms* disponível no seguinte endereço eletrónico: <https://www.google.com/docs/about/>.

---

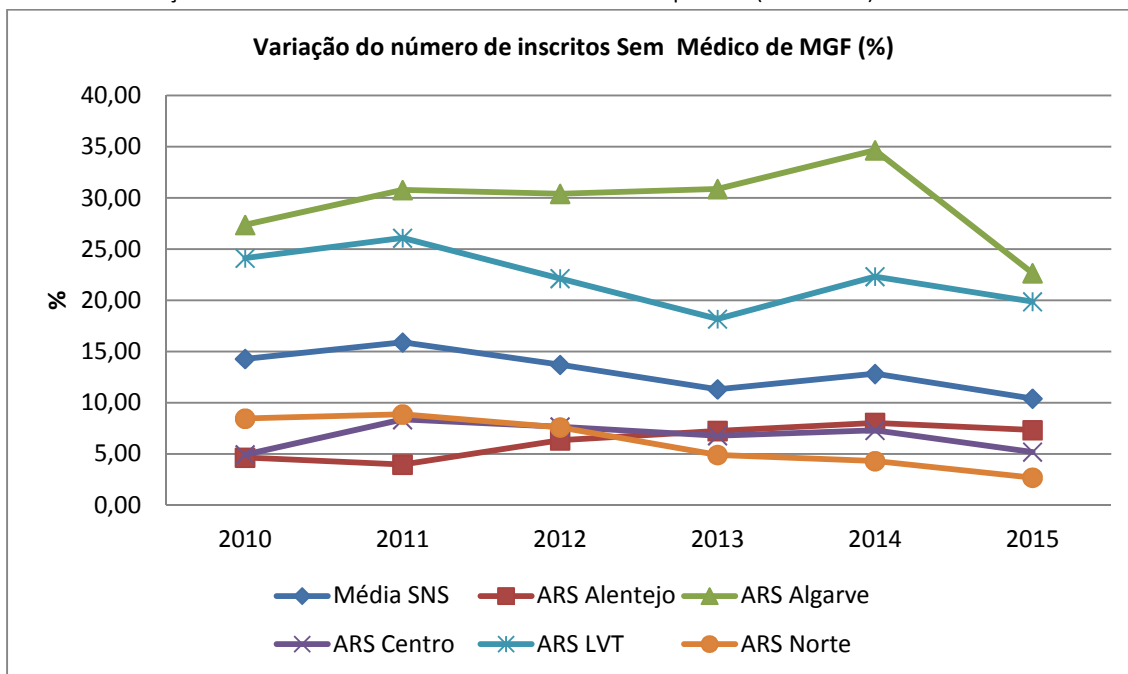
<sup>28</sup> A análise de conteúdo é um procedimento clássico e versátil que consiste num conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens com o objetivo de ultrapassar as incertezas e visando alcançar respostas às questões suscitadas na investigação (Mozzato e Grzybowski, 2011; Campos, 2004).

<sup>29</sup> De referir que uma das entrevistas, conforme salientado no ponto (1.5.2.) foi diretamente transcrita aquando da respetiva realização.

## Capítulo 2. Apresentação dos resultados

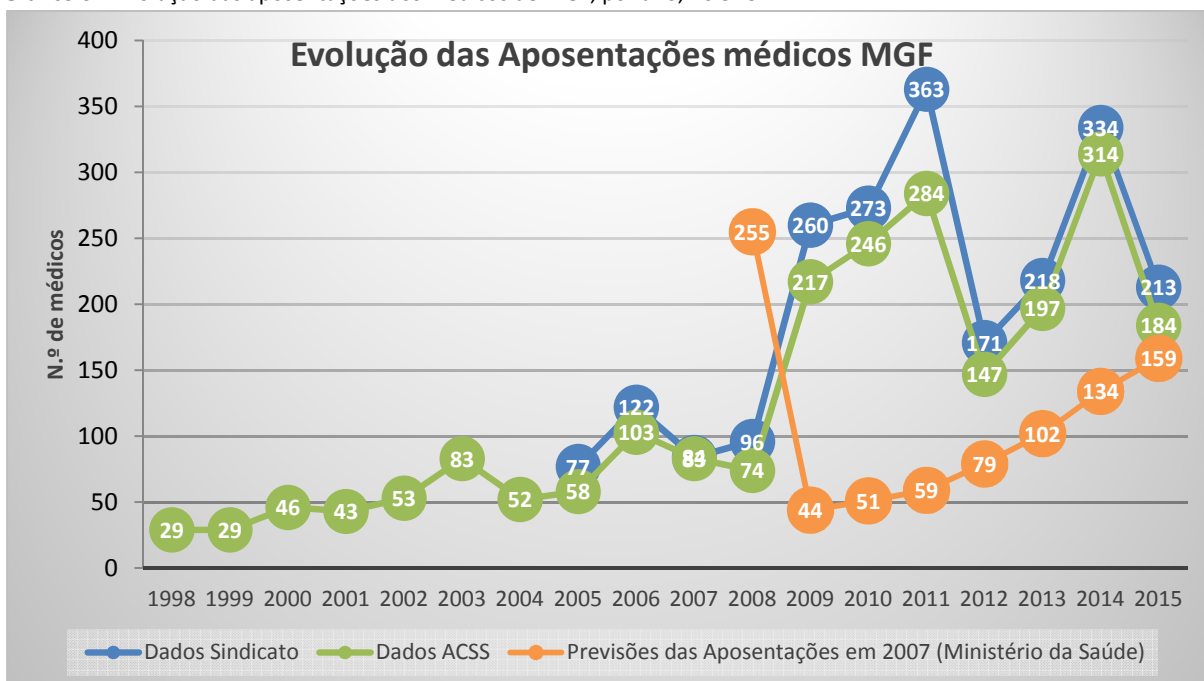
### 1. Componente quantitativa

**Gráfico 5** – Evolução do número de inscritos sem médicos de família por ARS (2010-2015).



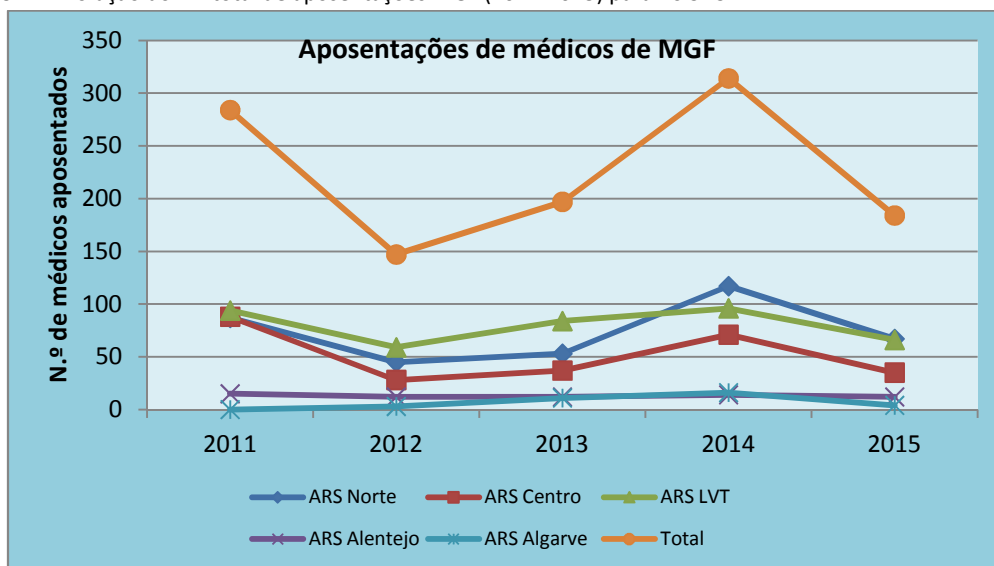
**Fontes:** Elaboração própria. Dados disponibilizados via Unidade de Gestão da Informação da ACSS.

**Gráfico 6** – Evolução das aposentações dos médicos de MGF, por ano, no SNS



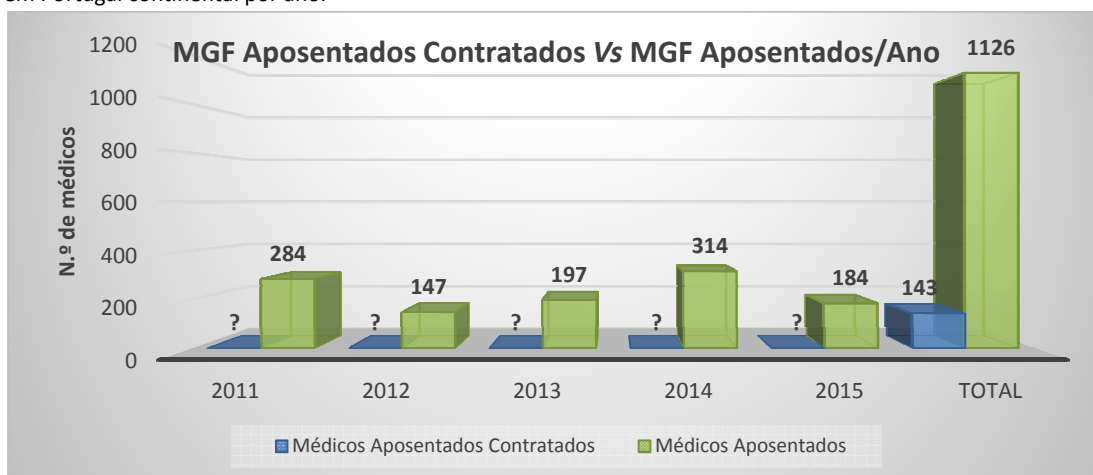
**Fontes:** Elaboração própria. “Dados ACSS”: de 1998 a 2007 (Portugal. Ministério da Saúde, ACSS, 2007). De 2007 a 2015, dados disponibilizados via Unidade de Gestão da Informação da ACSS. “Dados Sindicato”: Dados disponibilizados pelo Dr. Arnaldo Araújo, dirigente sindical da SMN/FNAM.

**Gráfico 7 – Evolução do n.º total de aposentações MGF (2011-2015) para no SNS**



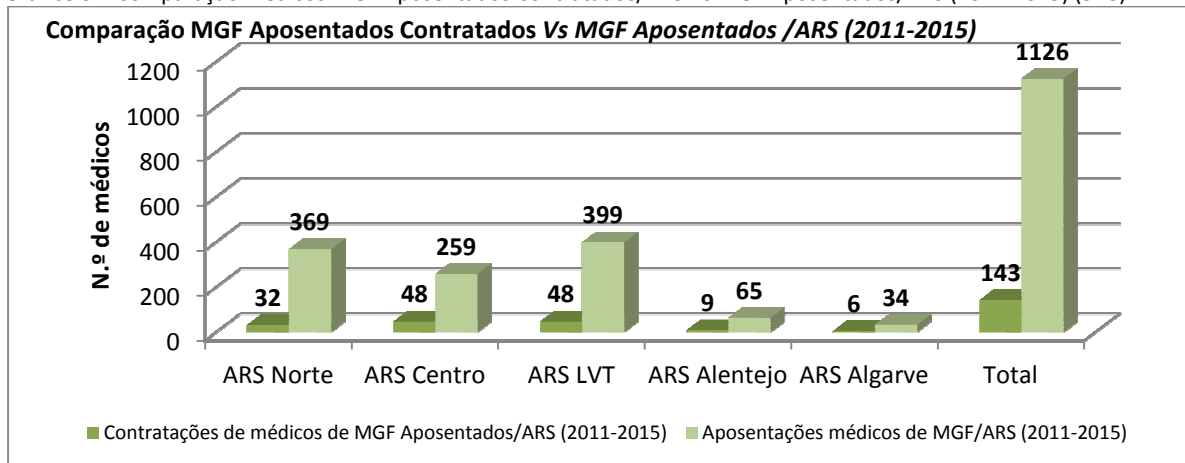
**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados disponibilizados via Unidade de Gestão da Informação da ACSS.

**Gráfico 8 – Comparação dos médicos MGF Aposentados Contratados em Portugal continental Vs MGF Aposentados em Portugal continental por ano.**



**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados disponibilizados via Unidade de Gestão da Informação da ACSS.

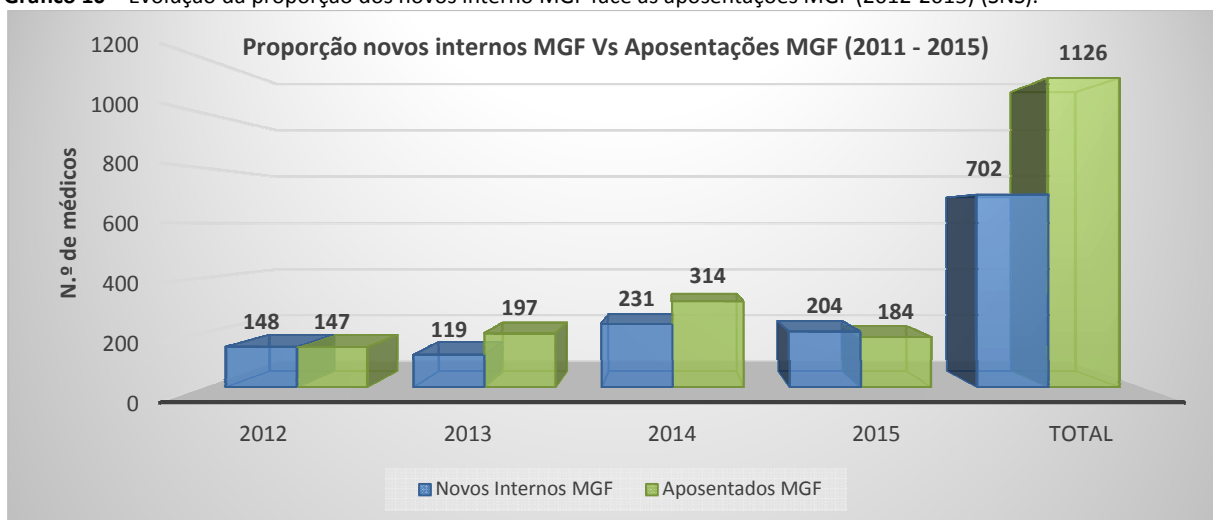
**Gráfico 9 – Comparação médicos MGF Aposentados Contratados/ARS Vs MGF Aposentados/ARS (2011-2015) (SNS)**



**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados disponibilizados via Unidade de Gestão da Informação da ACSS.

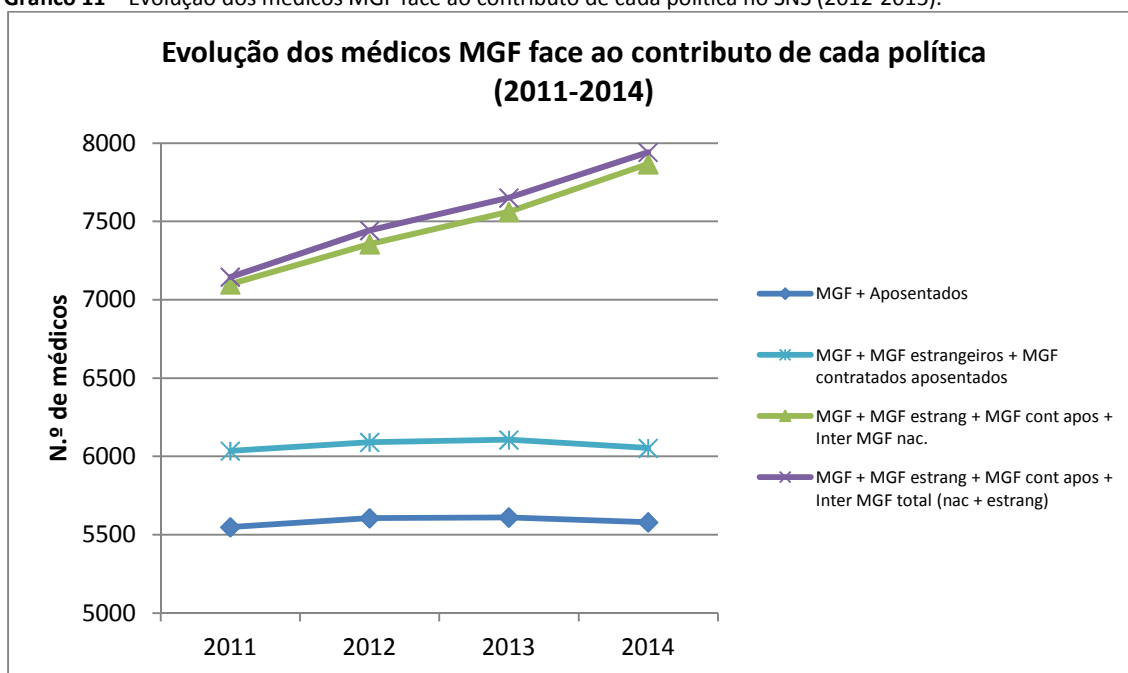
**Nota:** Não foi possível obter os dados desagregados por anos.

**Gráfico 10** – Evolução da proporção dos novos internos MGF face às aposentações MGF (2012-2015) (SNS).



**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados disponibilizados via Unidade de Gestão da Informação da ACSS.

**Gráfico 11** – Evolução dos médicos MGF face ao contributo de cada política no SNS (2012-2015).



**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados disponibilizados dos balanços sociais do Ministério da Saúde (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2010b; 2011b; 2012a; 2013a; 2014b; 2015a) e dos Inventário do pessoal do setor da saúde (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2012b; 2013b; 2014c; 2015b).

**Nota:** Não foi possível desagregar o número de contratados aposentados, pelo que também não foi possível calcular a série Médicos MGF + Médicos MGF estrangeiros.



## **2. Componente qualitativa**

### **2.1. Questionário**

#### **2.1.1. Associações e sindicatos**

Foram submetidos em maio quatro inquéritos dos quais obtivemos duas respostas: Sindicato Independente dos Médicos (SIM) e da Associação Nacional da USF (USF-AN), o que reflete uma taxa de 50%. O resumo das respostas encontra-se em anexo

#### **2.1.2. Gestores**

Foram submetido Remeteram-se em maio cerca de quarenta e quatro inquéritos aos Diretores Executivos dos ACES, para resposta sob a forma de anonimato, indicando apenas a ARS a que pertencem. Após apresentação telefónica do estudo, e três insistências via correio eletrónico, espaçadas semanalmente, foram obtidas cerca de vinte e três respostas que representam (52,27%) do total o que é bastante representativo dado tratar-se de um estudo censitário. A nível regional a taxa de resposta foi de 53,33% nos ACES integrados na ARS Norte; 33,33% nos ACES integrados na ARS LVT e 100% nos ACES integrados na ARS Centro, do Alentejo e do Algarve. Face à nossa limitação de 50 páginas, os resultados do inquérito encontram-se em anexo.

### **2.2. Entrevistas**

#### **2.2.1. Médicos estudos de caso**

Relativamente ao estudo de caso foi possível realizar cerca de 12 entrevistas, com uma média de 51 minutos cada. As entrevistas foram realizadas sob compromisso do anonimato e circunscreveram-se aos CSP de uma das ARS. As referidas entrevistas ocorreram em março, abril e maio, tendo sido distribuídas do seguinte modo, de acordo com critérios de conveniência e de disponibilidade:

- Médicos de família em funções (que ainda não se aposentaram) – seis entrevistas
- Médicos de família aposentados que tenham deixado de exercer medicina – duas entrevistas
- Médicos de família aposentados com funções no sector privado – duas entrevistas
- Médicos de família aposentados que regressaram ao SNS – duas entrevistas

#### **1.º grupo de casos de estudo: Médicos de família em funções (que ainda não se aposentaram): três médicas e três médicos**

De modo geral, este grupo de médicos referiu que os 30% de acumulação com a pensão (ou vice-versa) é manifestamente insuficiente para os fazer continuar ou regressar após umas “*boas férias*”, como salientou um desses médicos.

- Três entrevistados ainda não decidiram sobre se vão continuar a trabalhar após aposentação mas, com essas condições (30%), caso optem por trabalhar irão procurar o sector privado.

- Com a alteração para os 75% as respostas de quatro dos seis médicos vão no sentido de que *“será uma questão para analisar”*.
- Além da remuneração, todos os entrevistados demonstraram uma preocupação com o crescimento da carga burocrática e com os sistemas de informação, designadamente para a prescrição de alguns medicamentos, renovação de receituários, referenciação de utentes para os cuidados hospitalares, prescrição de MCDT's e com o sistema de baixas médicas.
- Dois entrevistados chegaram mesmo a referir que parece que o sistema foi desenhado de forma propositada para complicar a prescrição de determinados medicamentos apenas porque ficam mais caros ao Estado.
- Um dos entrevistados refere que após se aposentar pretende ir estudar economia ou engenharia civil e, portanto, não estará disponível para trabalhar nem no sector público, nem no sector privado, seja por 30%, 75, 100 ou mesmo 200%.
- De igual modo, um outro entrevistado refere que após se aposentar pretende ir estudar direito e, portanto, não estará disponível para trabalhar nem no sector público, nem no sector privado, eventualmente poderá “dar umas consultas e prescrever uns medicamentos a alguns amigos a título particular”

## **2.º grupo de casos de estudo: Médicos de família aposentados que tenham deixado de exercer medicina (um médico e uma médica)**

- De modo geral, este grupo de médicos mencionou que não pretende trabalhar. Uma referiu que pretende usufruir do tempo de vida que lhes resta com alguma qualidade, e dedicar-se aos netos, porque muitas vezes não conseguiu dedicar-se aos filhos e que as questões remuneratórias deixaram de ser importantes, sendo-lhe indiferente acumular 30, 75 ou mesmo 100%. Por sua vez, o médico entrevistado referiu que gosta muito de viajar *“aproveitando algumas promoções”* e que por isso, trabalhar só se fosse em voluntariado sem qualquer obrigação de horários ou dias pré-definidos.

## **3.º grupo de casos de estudo: Médicos de família aposentados com funções no sector privado (duas médicas)**

- Este grupo refere essencialmente que optou pelo privado dadas as condições remuneratórias mais atrativas, à menor burocracia e ao trabalho com objetivos claramente definidos. Relativamente à remuneração destacam o fator da componente variável. Também foi referido que os horários são melhor organizados e o trabalho melhor rentabilizado.
- Diante da possibilidade de acumular 75% uma dos entrevistados pondera, eventualmente, regressar ao SNS enquanto outra, refere que entretanto veio a adquirir vínculo estável no sector privado e que pelo facto de gostar da organização e do conceito de trabalho do setor privado não tem intensão de regressar ao SNS.
- A segunda entrevistada mencionou que ainda chegou a trabalhar como aposentada no SNS durante dois anos mas que ao se aperceber da remuneração (30% à data); ao facto de não lhe adequarem o horário às suas necessidades pessoais, nem tão-pouco lhe pagarem todas as horas que efetuava (ainda que fosse a 1/3, ressalvou) abandonou o SNS

e foi para o privado. Acresce que por vezes tinha de realizar consultas do viajante, para as quais tinha tido formação específica, a uma distância considerável, facto que muitas vezes levava a que trabalhasse mais horas do que aquelas que lhe pagavam efetivamente.

- Contudo, frisa, se nessa data lhe tivessem proposto os 75% de acumulação teria ponderado melhor a sua saída. Porém, como a própria refere, encontra agora bem instalada no setor privado e, portanto: *“agora é tarde para o caso dela, pois deu a sua palavra de honra e tem agora utentes por quem adquiriu estima e consideração para agora os abandonar”*. Refere ainda que parte dos utentes que tinha no SNS vão agora às suas consultas no privado.

#### **4º grupo de casos de estudo: Médicos de família aposentados que regressaram ao SNS (duas médicas)**

- A entrevistada referiu que as questões remuneratórias não são muito importantes para ela dado que se encontra *“bem de vida”*.
- Refere que regressou ao SNS por *“carolice”* dado que gosta do que faz e que o regresso se deve a uma questão de se manter ativa e atualizada. Regressou após três meses de *“retemperadas férias”*.
- Contudo, frisa que pretende apenas continuar a trabalhar a meio tempo. Pergunta se regressou ao mesmo centro de saúde refere que não. Contudo, continua relativamente perto de casa.
- Salienta que as questões burocráticas são desanimadoras e que os horários deveriam ser concentrados de modo a conseguir-se atrair mais médicos aposentados.
- Outra entrevistada refere, de igual modo, que regressou a fim de se manter ativa mas que a remuneração oferecida *“tem o seu peso”*. E que esta política lhe permite recuperar o valor “perdido” face ao facto de se ter aposentado. Porém, destaca, ainda assim, que 30% é *“muito pouco”* e que por isso entende perfeitamente os colegas que não pretendem regressar para *“trabalhar quase de borla”*.
- Quanto à possibilidade de acumular 75% é da opinião que isso trará mais colegas ao SNS, sobretudo aqueles que acabam de se aposentar, dado que os restantes, designadamente aqueles que se aposentaram há mais tempo, têm, muitas vezes, outros planos de vida e que face a isso dificilmente regressam ao SNS. Salientou ainda que as questões burocráticas e uma *“certa pressão e carga de trabalho”* podem ser decisivas para afastar *“eventuais candidatos a esta política”*. Refere que apenas voltou por ser possível continuar no mesmo centro de saúde. Caso isso não tivesse sido possível dificilmente teria regressado.

**Respostas similares entre os quatro grupos:** de um modo geral todos os estudos de caso referiram que os CSP são muito importantes para promover o acesso aos cuidados de saúde. Utilizaram expressões do tipo: *“os CSP são a porta de acesso ao SNS”*, *“são cuidados de proximidade”* *“aqui tratamos de pessoas e não apenas de doença aguda”*. Todos têm a acompanhado o desenvolvimento relativo ao acesso aos CSP e têm a perfeita noção de que ainda há muitos utentes sem médico de família e que o número andará, efetivamente, perto de um milhão. Relativamente à captação de mais jovens médicos para a especialidade referem que o trabalho iniciado nas faculdades deve ser continuado de modo a eliminar algum

sentimento de secundarização desta especialidade, pese embora nos últimos concursos se tenha assistido a que *“a especialidade já não é preenchida pelos últimos lugares”*. Quanto ao eventual contributo que o *“enfermeiro de família”* poderá ter para que o médico tenha mais tempo para se dedicar à observação dos utentes. Como exemplos todos destacaram as *“consultas intermédias”*. Uma das entrevistadas, pertencente ao 1.º grupo, não concorda que algumas tarefas sejam delegadas ao enfermeiro, pois considera que mesmo a medição da tensão arterial ou a avaliação do peso corporal, e pese embora reconheça que essas avaliações podem perfeitamente ser efetuadas pelo *“enfermeiro de família”* permite-lhe ter *“dois dedos de conversa com os utentes”* e com isso cimentar a relação que tem vindo a desenvolver com os seus utentes. Quanto à prescrição de medicamentos, todos os médicos entrevistados foram unânimes. É um ato estritamente médico e, portanto, nenhum enfermeiro, seja ou não de *“enfermeiro de família”*, deve prescrever medicamentos.

### 2.2.2. Decisores Políticos

#### Dr.ª Ana Jorge

Em relação à entrevista da Senhora Dr.ª Ana Jorge a mesma referiu que ideia relativamente à política pública de contratação de médicos aposentados lhe surgiu face à percepção que a própria havia tido enquanto profissional de saúde (médica da carreira hospitalar) relativamente aos seus pares. Designadamente, pelo facto de se ter apercebido que a grande maioria dos médicos se estava a aposentar antecipadamente *“com receio de caso viessem a fazê-lo mais tarde ficassem ainda mais penalizados”*. *“E portanto, todos aqueles que tinham já muitos anos de serviço e que tinham uma penalização mínima, optaram por se reformar antecipadamente e isso veio desequilibrar por completo o SNS, sobretudo as USF ao nível dos CSP”*. Nas palavras da própria: *“a política em si, surgiu ao aperceber-me dessas saídas acompanhadas de uma vontade em continuar, desde que houvesse condições e por isso veio então a construir-se a política”*.

Também considerou que esta política pública era uma possível estratégia para o problema sério da falta de médicos.

Como razões para a escassez de médicos a ex-Governante refere como primeira causa o *“reduzidíssimo número de vagas dos cursos de medicina, o que levou a que essa falta de médicos estava a agravar-se face à média de idades que fazia antever um aumento ainda maior do número de reformas, sobretudo ao nível da medicina geral e familiar”*.

Referiu que a contratação de médicos aposentados foi acompanhada de outras políticas, designadamente **a contratação de médicos estrangeiros, o aumento do número de vagas para medicina e do número de internos**, no entanto, tudo isso leva muito tempo a produzir resultados, demora muitos anos e portanto, não nos resolvia o problema na altura, daí o surgimento daquela política. Mencionou a existência de constrangimentos na aceitação da política e de que o crescimento do setor privado vieram agravar a escassez de médicos.

Relativamente à questão da adesão à política e ao facto de se oferecer 30% de acréscimo a Dr.ª Ana Jorge refere que *“foi o possível na altura”*, pois por um lado, entendeu-se que não se devia *“pagar duas vezes”* por outro lado, existiam limitações relativamente ao impacto orçamental e às regras então vigentes na Administração Pública.

Perguntada **porque não ofereceram 75%** de modo a tentarem cativar mais médicos a regressar visando solucionar o problema relativo à escassez, a ex-Governante referiu que

naquela data (2010) **já existiam constrangimentos orçamentais e que mesmos os 30% não foram bem vistos na altura quer pelos políticos, quer pelas Finanças.**

Porém, compreende que agora houve uma grande vontade política de se querer acabar com utentes sem médico de família daí se oferecerem os 75% de acréscimo e isto, apesar de não termos *“ainda bem saído da crise”*, há ***“uma perceção de que com a crise poderíamos bater mesmo no fundo”***, daí valorizar-se agora tanto o SNS.

No entanto, a Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge destaca que apesar de se terem vindo a conseguir poucas contratações há um aspeto muito importante que é o facto de o Estado, com esta política, **transmitir o sentimento aos médicos de que mesmo em final de carreira “os valoriza”.**

Relativamente à escassez de médicos de família em Lisboa dá como possível explicação o facto de existirem muitos serviços privados pode conduzir a que os médicos deixem o SNS, por aposentação antecipada. Ressalta ainda que a escassez poderá continuar por mais algum tempo pelo que será provável que a contratação de médicos aposentados tenha de continuar, pelo menos enquanto o número de internos não permite fazer face à escassez.

Relativamente **ao extinto serviço de médico à periferia** dá como pista lançar-se um ano de serviço médico à periferia integrado na especialidade, por exemplo, nalgumas especialidades, com seis meses no centro de saúde e seis meses num hospital periférico. Dá como exemplo a sua especialidade, pediatria, que tem esse tipo de formação. Contudo, admite que possa não fazer sentido para muitas outras especialidades fazerem parte do seu internato nos CSP.

Relativamente a outras medidas facilitadoras, tais como **o enfermeiro de família** refere que no seu entendimento **a prescrição deve continuar nos médicos.** Agora refere que tem de haver mais enfermeiros nos centros de saúde e que isso permitiria seguir mais doentes, dando como exemplo, os hipertensos que caso tudo esteja bem apenas precisam de uma ou duas consultas anuais e no intervalo podem ser vistos pelo enfermeiro de família.

Quanto aos constrangimentos relacionados com a informática relatados nos estudos de caso entende que são questões residuais, dado que a informática é muito importante e que se resolverá com os médicos mais novos. Contudo, admite constrangimentos, por exemplo, ao nível da referenciação de utentes.

No que concerne às questões relativas aos horários, designadamente por alguns dos estudos de caso terem referido que preferiram regressar se fosse por exemplo para laborar 12 horas seguidas na urgência e depois ficar com o resto dos dias livres, a Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge **entende que o modelo a seguir não deve ser esse**, pois em vez de estarmos a resolver o problemas das pessoas sem médico de família estaremos é a resolver problemas de doença aguda.

Na opinião da ex-Governante **a solução passa por procurar enquadrar a doença aguda na consulta**, tal como sucede no modelo das USF: *“as horas de urgência podem e devem ser transformadas em horas de consulta”*.

Com efeito, e de acordo com a Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge: *“Se esse doente tiver a garantia que no dia seguinte o seu médico o vê, ele espera um dia pelo seu médico. Na maior parte dos casos será assim. Se for mesmo urgente, aí terá que ir para o hospital. É que este é o problema. Com a criação e a manutenção das urgências nos centros de saúde acabamos por não dar médico de família a muita gente e distorcer o sistema.”*

Deste modo, **há que procurar promover a relação de confiança entre médico/utente e o acesso programado** em vez do acesso inusitado. As situações mesmo graves aí terão de ser solucionadas por outros níveis de cuidados de saúde.

Outro aspeto focado foram as questões relativas aos atestados e outras justificações para situações benignas de duração até três dias, tais como, constipações ou gastroenterites, que apesar de não permitirem que a pessoa se desloque para o trabalho, são passíveis de serem auto tratáveis dispensando a ida a uma urgência ao centro de saúde. Contudo, face à necessidade de atestado para um, dois ou mesmo três dias, levam a que esses utentes tenham que se deslocar ao centro de saúde por via do atestado, desperdiçando assim tempo dos próprios para repousar e exercendo pressão no lado da procura dos cuidados de saúde.

Relativamente a estas situações, e uma vez que não há direito a substituição do rendimento perdido, concordou que poderia experimentar-se de se poder justificar essas faltas pelo próprio, facto que levaria, possivelmente, à diminuição da procura das urgências para estas situações benignas. Contudo, salienta que não é uma situação da competência do Ministério da Saúde.

### **Dr.<sup>a</sup> Leal da Costa**

Relativamente à entrevista com o Senhor Dr. Leal da Costa foi-nos possível compreender que o Governo do qual o mesmo fez parte teve a percepção de que a política pública de contratação de médicos aposentados que permitia acrescer 30% de remuneração à pensão ou vice-versa, estava a recrutar médicos aquém das expectativas.

Com efeito, e na opinião do ex-Governante: *“A grande maioria dos médicos que se reformaram antecipadamente fizeram-no porque tinham perspectivas de trabalho em sector concorrencial ou então porque já tinham clínicas e sentiram que, caso se aposentassem e tivessem mais tempo livre, teriam espaço para fazer crescer o seu negócio. Ora bem, esse sector concorrencial só tinha capacidade de angariação de doentes, nomeadamente na área dos cuidados primários, exatamente porque os médicos se reformaram do SNS deixando utentes sem médico, ou seja, há aqui um processo quase imoral que de certa forma compensa aqueles que se reformam antecipadamente e beneficiam da escassez de recursos humanos para a qual contribuíram.”*

*“O que estava a acontecer é que os médicos deixavam de estar disponíveis no centro de saúde e continuavam disponíveis em organizações de carácter privado e, portanto, os doentes que eles teriam deixado de ver em cuidados primários continuariam com a necessidade de ser vistos mas passariam a ser vistos em organizações de carácter social ou privado e, portanto esses médicos estavam já a acumular a sua reforma com uma segunda atividade que porventura seria muito melhor remunerada do que aquela que os 30% que o Estado estava a oferecer. Portanto, não me espanta que tenha havido um conjunto de médicos que tenha preferido ir para a privada ou decidido ficar apenas no privado.”*

Face a esses factos o ex-Governante **não se mostra surpreendido que a adesão tenha sido relativamente pequena**, sobretudo nas zonas em que há maior carência, designadamente nas grandes cidades, onde *“claramente a oferta de emprego para essas pessoas que se reformaram antecipadamente é muito alta, maior mesmo do que noutras regiões do País.”*

Importante foi o destaque dado à questão da recente revisão da política, em que o ex-Governante refere na sua opinião que **mesmo com 75% dificilmente regressarão**, sobretudo aqueles que *“já estão instalados – têm a sua clínica montada – não estão na disposição agora de abandonar a sua clínica para voltar ao Estado, mesmo que seja por 75% do salário”*

Reconhece que a grande contribuição, *“grande entre aspas”*, cito, que o Governo a que o Dr. Leal da Costa pertenceu deu foi no sentido de permitir a recontração de aposentados,

não em regime de 40 horas mas em regime de menos horas, e isso poderia eventualmente ser mais interessante, sobretudo por permitir o trabalho a tempo parcial para aqueles aposentados que não têm disponibilidade para trabalhar a tempo inteiro, interpretação nossa.

O Dr. Leal da Costa destaca que **reconhece que os valores que podiam pagar aos médicos aposentados não eram de facto muito atrativos** *“para quem já se encontrava instalado com uma clínica privada e no fundo o que queria fazer era ter tempo livre e as horas que estava disposto a dedicar à medicina acabavam, ainda assim, ser melhor pagas em clínica privada do que pagos pelo Estado”* e que estas medidas terão sempre um êxito relativamente reduzido.

O ex-Governante também destaca que a aposta do Governo do qual fez parte incidiu **numa maior formação de internos da especialidade de MGF** *“e depois ter um sistema de colocação que favoreça as zonas de maiores carências, logo à cabeça a região de LVT, a região ocidental do Algarve e, também, o Litoral Alentejano que são as zonas mais problemáticas, uma vez que a zona Centro está muito bem encaminhada e na zona Norte do país o número de utentes sem médico de família é relativamente escasso.”*

Na opinião do Dr. Leal da Costa, os 75% agora oferecidos pelo atual Governo são excessivos e foram apenas fruto da pressão dos sindicatos e prevê que **apenas beneficie aqueles que já estão contratados não acreditando que o número daqueles que venha aceitar aderir à contratação aumente significativamente apenas pela alteração da remuneração.**

Outra questão suscitada pelo Dr. Leal da Costa é se deveria ser obrigatório um funcionário ter de abandonar o serviço quando completa os 70 anos. Sendo certo, que se assim não fosse também não haveria renovação dos quadros. Refere que *“é uma matéria complicada mas existem seguramente colegas com mais de 70 anos que continuam perfeitamente capazes de exercer medicina com grande qualidade e até com uma mais-valia da experiência que outros não terão. E o caso do SNS em Portugal isso é muito importante, porque, por força dos numerus clausus que foram seguidos no passado, nós temos neste momento um grupo de médicos francamente mais velhos e depois temos um grupo de médicos francamente mais novos e no intermédio não há ninguém.”*

O ex-Governante destaca ainda a necessidade de estarmos atentos à escassez de médicos, pois temos uma distribuição bimodal o que vai fazer com que, nos próximos anos, à medida que a moda mais velha se vá aposentando venhamos a ter dificuldade em substituir esses médicos mais experientes por outros com igual experiência.

Suscitada a questão acerca do número de contratações de médicos de MGF aposentados o Dr. Leal da Costa concordou que apesar da contratação de médicos aposentados ter tido pouca adesão, ainda assim, **o facto de se ter contratado 143 médicos de MGF permite com que muitos milhares de utentes tenham médico de família o que de outra forma não sucederia.**

Relativamente aos dados estatísticos o Dr. Leal da Costa **reconhece que há dificuldades em se obter determinados dados ao nível do Ministério da Saúde o que poderá dificultar ainda mais a própria tarefa relativa ao planeamento de efetivos.**

O ex-Governante destacou que estamos atualmente com uma boa capacidade formativa, na ordem dos 2000 médicos/ano, contudo, face à distribuição bimodal poderemos vir ainda assim a enfrentar um novo desafio para o qual poderemos não estar preparados que é o da perda de capacidade formativa devido à *“diminuição da capacidade formativa a nível de recursos humanos, médicos mais velhos e experientes, chefes de serviço e doutorados para*

*formar os mais novos. Portanto estimo que dentro de 2 a 3 anos talvez tenhamos médicos em número suficiente. No entanto, em termos de capacidade formativa poderemos recuperar somente dentro de 10 a 15 anos.”*

Na opinião do Dr. Leal da Costa **a escassez de médicos deve ser essencialmente suprimida por uma aposta na formação de mais especialistas, por via do aumento do número de internos.**

Relativamente a questões organizacionais, designadamente sobre o facto de alguns médicos de família destacarem que os horários poderão ser um entrave ao regresso/permanência no SNS por via da política pública de contratação de aposentados, reconhece que é uma questão pertinente e que não envolve apenas os aposentados mas todos os médicos dos CSP em geral.

*“Nós temos um sistema que do meu ponto de vista, da contratação médica e não só, que é demasiadamente rígido em termos dos horários. É óbvio que o ideal seria conseguirmos ter o corpo médico em dedicação exclusiva. A verdade dos factos é a de que temos de compreender que há contextos nos quais deveríamos permitir a contratação, não em regime de tarefeiros mas em regime de contrato público, com horário mais flexível.”*

Um aspeto a realçar é que na opinião do Dr. Leal da Costa **poderia dar-se como contrapartida à deslocação do médico para zonas mais remotas a contabilização do tempo de viagem.**

Relativamente ao facto **de se ter terminado o serviço médico à periferia** o Dr. Leal da Costa destaca que na sua opinião *“terá sido um dos maiores erros cometidos na área da saúde em Portugal”*. Destaca que numa altura em que se discute muito o fim do ano comum poderia ser interessante substituí-lo por serviço médico à periferia, de modo a permitir aos jovens médicos conhecerem a realidade do país: *“A realidade dos factos é que na sequência da realização do serviço médico à periferia um número muito grande de médicos, que tendo tido conhecimento de outras realidades tenha preferido continuar nessa realidade.”*

*“Portanto, o último ano de mestrado integrado seria a rotação pelas especialidades hospitalares e depois ter um ano de intervalo digamos, até ao início da especialidade, durante a qual os médicos frequentassem as duas realidades, um hospital e um centro de saúde periférico. Acho que seria do ponto de vista da formação humana e do ponto de vista da formação médica uma mais-valia significativa que traria, provavelmente resultados muito interessantes do ponto de vista da cativação das pessoas para trabalhar fora dos grandes centros dado que continuamos a assistir a um processo de desertificação. Além disso não faz grande sentido manter todos os médicos a trabalhar no mesmo sítio onde se especializaram. O que poderá ser de facto pouco produtivo.”*

Relativamente a formas complementares de **mitigar a escassez de médicos de família destaca a contratação de médicos estrangeiros** iniciada pelo Governo anterior ao seu foi pertinente e que também deu um contributo para a solução dos utentes sem médico de família. Mas também outras soluções, como por exemplo, continuar a aumentar o número de internos nos CSP e aproveitar melhor os internos dos CSP *“dado que estes têm uma situação iníqua em relação às outras especialidades enquanto um qualquer interno de uma outra especialidade está a realizar consultas e a ver doentes um médico do internato de medicina geral e familiar apenas vê os doentes que já são da carteira do seu orientador. E isso beneficia o seu orientador, pelo que estão a fazer o trabalho que o orientador deveria fazer e isso não faz sentido”*. Portanto, **os médicos do internato de medicina geral e familiar deveriam poder ter**



**as suas próprias listas de utentes**, pese embora apoiados pelo seu orientador mas não deveriam limitar-se a ver os doentes que já são do orientador. Essa é uma questão de fundo que tem de ser resolvida e as outras questões passam então por se continuar a aumentar o número de internos, efetuar planificação do número de reformados e progressivamente que haja uma melhor distribuição dos médicos de modo a que haja uma preferência de distribuição de vagas para onde haverá mais carência.

Relativamente à questão do enfermeiro de família e do gestor do doente como formas de melhorar o acesso aos CSP o ex-Governante entende que *“que existem um número excessivo de funções cometidas aos médicos que poderiam ser transferidas para os enfermeiros, com proveito para os próprios utentes, pois para algumas delas os enfermeiros até estarão melhor preparados que os médicos para as desempenhar, em segundo lugar porque acho que o contexto do enfermeiro de família tornará o contato com o utente mais facilitado no centro de saúde e melhorará o acompanhamento permanente das questões da esfera familiar.”*

Quanto ao Gestor do doente o ex-Governante entende que apesar de tanta polémica, que questão suscitou, não tem nada de novo: *“É evidente que o gestor ideal é o médico de família, no ambiente de USF, em colaboração estreita com o enfermeiro de família que deverá cumprir as funções que lhe forem delegadas. Tem de haver delegação de competências e espírito de entreaajuda.”*

No que diz respeito a temas mais sensíveis, tais como a prescrição por enfermeiros, o ex-Governante refere que *“apesar de muito criticado por alguns colegas e pela própria Ordem, entendo que há condições para aumentar a capacidade prescritiva dos enfermeiros, alias, repare que em contexto hospitalar, quer se queira quer não, mesmo não assumindo isso, a verdade dos factos é que há muita prescrição que já é efetuada na hora, ainda que capacitada por médicos, que é efetuada por enfermeiros e isso nunca foi contestado por ninguém. Ou seja, o médico não tem problema nenhum em fazer uma prescrição SOS que é dada de acordo com critérios que no fundo são definidos pelo enfermeiro que se encontra de serviço. No entanto, o mesmo médico já tem grande restrição, em contexto de doença crónica e de acordo com protocolos previamente estabelecidos, sempre obviamente acompanhados por um médico, a que o enfermeiro possa fazer algumas das coisas que são absolutamente normais e que são realizadas em toda a europa e nos EUA, por enfermeiros capacitados. Repare que neste momento, temos, em Portugal, enfermeiros dos bem mais formados e reconhecidos a nível de outros países e no entanto, desperdiçamos...”*

## Capítulo 3. Discussão dos resultados

O presente trabalho teve como objetivo analisar o contributo da contratação de médicos aposentados, política pública que surgiu como complemento de outras medidas políticas que visam o suprimento da escassez de médicos de MGF.

Para o efeito, procurou-se aferir em que medida é que esta política alcançou os objetivos inicialmente programados, designadamente quantos médicos aposentados foram contratados para os CSP do SNS, por ano e por ARS, comparando com o número de médicos MGF que se aposentaram nos mesmos períodos e com os médicos especialistas contratados por via de outras políticas, nomeadamente, estrangeiros e internos MGF. Por sua vez, e do ponto de vista dos *players/stakeholders*, procurou-se, por um lado, investigar a expectativa destes quanto a esta política, designadamente os seus benefícios e constrangimentos e, por outro lado, quais os fatores que podem contribuir para aumentar o número de contratações de médicos MGF aposentados, designadamente se a remuneração oferecida pela política será suficiente para cativar esse regresso aos CSP do SNS e/ou se a remuneração deve ser ajustada e/ou acompanhada de medidas organizacionais e, nesse caso, quanto é que deve ser esse aumento e quais as medidas organizacionais de maior relevo, explorando ainda junto dos mesmos outras alternativas, ainda que de modo breve, que possam eventualmente contribuir para melhorar o acesso, a eficiência e a eficácia dos cuidados prestados pelos CSP, designadamente o conceito de enfermeiro de família e o conceito de gestor do doente.

Apesar da boa colaboração e disponibilidade da ACSS não nos foi possível obter todos os dados pretendidos. As dificuldades sentiram-se, sobretudo, na obtenção de dados desagregados, como foi o caso do número de médicos de MGF aposentados contratados, para os quais apenas foi possível conhecer as existências atuais por cada ARS. Por vezes, quando os dados pretendidos estavam desagregados não existiam séries longas. É o caso das novas entradas ocorridas anualmente por internos MGF em que somente se conseguiu obter dados entre 2012 e 2015. Por sua vez, também para os médicos estrangeiros MGF, não foi possível obter os valores relativos às entradas e saídas mas tão-somente as respetivas existências a 31 de dezembro de cada ano (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2015b). O mesmo se verificou com os internos MGF estrangeiros, pelo que não foi por isso possível analisar separadamente o contributo relativo à política pública de contratação de internos MGF estrangeiros.

### 1. Análise quantitativa

#### 1.1. Escassez face à procura: utentes inscritos sem médico de família

Começando por analisar a escassez de médicos de família na ótica da procura, isto é, recorrendo à evolução do número de utentes sem médico de família, verificamos que a partir de 2011, depois de um ligeiro agravamento do número de utentes sem médico de família em relação a 2010, a situação veio a evoluir favoravelmente, uma vez que passámos de 14,70% de utentes inscritos sem médico de família em 2010 para 10,63% em 2015 (ver gráfico 5). Corrigindo a procura subtraindo os utentes que não possuem médico de família por opção os valores mantêm a mesma tendência de evolução favorável, tendo, nesse caso, evoluído de 14,28% em 2010 para 10,40% de utentes sem médico de família em 2015.

Contudo, o SNS é um sistema dinâmico com constantes entradas e saídas de profissionais, mas também com constantes variações relativas ao número total de utentes as quais, apesar de poderem não ser estatisticamente significativas, exigem alguma prudência na análise dos dados pelo que não podemos afirmar, com relativa certeza, e somente com esses dados históricos, como é que a relação entre a procura (número de utentes inscritos) e a oferta (número de médicos especialistas em MGF) vai evoluir, pelo que passaremos a analisar mais alguns dados.

## 1.2. Análise saídas

Relativamente à análise da evolução do número de médicos de MGF saídos, era nosso intuito analisar o volume de saídas por aposentação, por via de licenças sem vencimento, por rescisões e demissões ocorridas. Contudo, apesar do apoio da ACSS e da revisão bibliográfica exaustiva apenas se conseguiu obter os dados relativos às saídas por aposentação. Com efeito, nos balanços sociais do Ministério da Saúde há a referência ao número de licenças sem vencimentos, porém não se encontram desagregadas por especialidades da carreira médica (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2010b; 2011b; 2012a; 2013a; 2014b; 2015a).

Apesar disso, foi encontrado um estudo que refere a ocorrência de 5000 pedidos de autorização para a prática profissional no estrangeiro, um terço das quais por médicos (Sakellarides *et al.*, 2015). Contudo, nada se sabe acerca de especialidades, se esses profissionais estavam ou não colocados nos serviços do SNS (e quantos?) ou no setor concorrencial, pelo que não nos será possível efetuar essa análise. Também em relação às saídas do SNS não há dados concretos acerca disso, como aliás ilustram Perelman, Felix e Santana (2014).

Deste modo, **a nossa análise relativa às saídas será circunscrita às aposentações.**

Relativamente às aposentações importa-nos salientar que a estratégia inicial de registo e análise das aposentações dos médicos de MGF passou pela contabilização de todos os médicos de MGF inscritos mensalmente no Diário da República (DR), na publicação que é periodicamente publicada no sítio eletrónico da Caixa Geral de Aposentações (CGA). Porém, apesar de se ter iniciado essa tarefa para o ano de 2014, depressa se compreendeu, que apesar desse método ser eficaz, ou seja, fornece-nos um valor praticamente exato das aposentações – dizemos praticamente dado que por vezes as listagens de aposentados são, sujeitas a retificação – é um processo pouco eficiente face à respetiva morosidade. Deste modo, e uma vez que esse processo poderia vir a colocar em risco a feitura deste trabalho, teve de se optar por outras vias a fim de se obter aqueles dados.

Recorrendo a fontes bibliográficas obtiveram-se os valores anuais relativos às aposentações de médicos de MGF ocorridas entre 1998 e 2015. Complementarmente, procurou-se obter os referidos dados desagregados por ARS, o que, gentilmente, veio a ser disponibilizado pela ACSS. Porém, de acordo com informações veiculadas por aquela entidade somente foi possível de obter os dados desagregados por ARS a partir de 2011 até 2015.

Por sua vez, e ainda relativamente às saídas por aposentação dos médicos MGF, veio a apurar-se, aquando da pesquisa bibliográfica, que o Dr. Arnaldo Araújo, dirigente sindical da SMN/FNAM, teria organizado os dados relativos às aposentações dos médicos de família, recorrendo, para o efeito, à consulta no DR constante na página da CGA, ou seja, seguindo o método por nós proposto aquando dos seminários. Assim sendo, e mediante solicitação do

autor, veio aquele dirigente sindical fornecer, gentilmente, os dados relativos às aposentações dos médicos MGF que o mesmo tem vindo a reunir e organizar, relativos ao período compreendido entre 2005 e 2015. Sucede, porém, que o Dr. Arnaldo Araújo tem os dados desagregados não pelas cinco ARS, mas por consideração à circunscrição territorial do seu Sindicato (FNAM), designadamente, região norte, centro e sul pelo que acabámos por utilizar somente os dados nacionais. Deste modo, sobrepondo os dados anuais relativos às aposentações dos médicos de família (SNS) obtidos pelas fontes indicadas veio a verificar-se uma consistência entre os mesmos, isto é, uma evolução similar (ver gráfico 6) entre os referidos dados, ainda que, se possam assinalar ligeiras diferenças ao nível de alguns dos valores. Essa consistência coloca-nos “confortáveis” quanto à análise desses mesmos dados.

Do ponto de vista macro, verifica-se que entre 1998 e 2015 aposentaram-se cerca de 2242 médicos de MGF (dados ACSS). Por sua vez, verifica-se que foi nos anos mais recentes que a maioria dos médicos de MGF se aposentou. Com efeito, desde 2008, aposentaram-se 1663 médicos MGF (dados ACSS), ou seja, cerca de 74,187% do total de aposentações ocorridas desde 1998, ou 1928 médicos de MGF (dados Dr. Arnaldo Araújo).

Estes valores ultrapassam o dobro das previsões realizadas pelo Ministério da Saúde em 2007 (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2007). Com efeito, naquela data, previa-se que entre 2008 e 2015 se viessem a aposentar cerca de 883 médicos de MGF, quando na verdade se viram a aposentar muitos mais médicos de MGF do que aqueles previstos. Facto que demonstra que na área dos recursos humanos (RH), sobretudo nos RH da saúde, onde se trabalha com pessoal altamente qualificado e especializado e com recurso a tecnologias de ponta, torna-se extremamente difícil de efetuar previsões rigorosas que permitam, por sua vez, conseguir um planeamento adequado de necessidades de RH evitando a escassez.

Deste modo, e analisando esses dados, verificamos a ocorrência três picos relativos às aposentações. O primeiro, aquele que regista o maior crescimento, relativo às aposentações ocorridas em 2009, o segundo, relativo às aposentações ocorridas em 2011 e, um terceiro às ocorridas em 2014, picos esses onde se registaram cerca de 217, 284 e 314 aposentações (dados ACSS) e 260, 363 e 334 (dados Dr. Arnaldo Araújo), respetivamente.

Analisando esses picos, verifica-se que de 2008 para 2009, isto é, no período pré-política pública de contratação de médicos aposentados, as aposentações relativas aos médicos MGF no SNS aumentaram de 74 para 217 (dados ACSS) ou de 96 para 260 (dados Dr. Arnaldo Araújo), o que em termos percentuais significa um acréscimo muito elevado na ordem dos 193,24% (dados ACSS) ou de 170,83% (dados Dr. Arnaldo Araújo). Por sua vez, de 2013 para 2014 verifica-se um aumento de 59,4% (dados ACSS) ou de 53,2% (dados Dr. Arnaldo Araújo) das aposentações.

Relativamente aos picos de 2011, os mesmos não se evidenciam pelo acentuado crescimento de aposentações face ao ano transato mas sim pelo acentuado decréscimo das aposentações que vieram a ocorrer no ano seguinte.

Com efeito, de 2010 para 2011 as aposentações cresceram 15,45% (dados ACSS) ou 32,97% (dados Dr. Arnaldo Araújo) enquanto de 2011 para 2012 as aposentações decresceram -48,24% (dados ACSS) ou -52,89% (dados Dr. Arnaldo Araújo).

Analisando cada um desses picos, e relativamente ao de 2009, somos levados a pensar que o acentuado crescimento das aposentações poderá relacionar-se com um aumento do número de aposentações antecipadas devido ao contexto de crise financeira internacional e nacional e de algum clima de instabilidade política devido a ser um ano de eleições legislativas.

Por sua vez, o pico ocorrido em 2011, primeiro ano da assistência financeira, poderá ser, eventualmente, explicado por diversas razões, designadamente, (i) por via do agravamento das penalizações por cada ano de antecipação que passaram de 4,5% para 6%/ano; (ii) pelos ajustamentos nos valores das futuras pensões e; (iii) no agravamento dos cortes salariais dos trabalhadores em funções públicas, ocorridos naquele mesmo ano. Pelo que é plausível que muitos médicos, os quais certamente só atingiriam a idade da reforma nos anos seguintes, tivessem solicitado antecipadamente as suas aposentações,

Esta constatação poderá, eventualmente, ser corroborada pelo forte decréscimo das aposentações ocorridas no ano seguinte, pois supostamente se quem seria para se aposentar em 2012 ou em 2013 decidiu fazê-lo antecipadamente em 2011, não contará como aposentado em 2012 ou em 2013, daí o forte decréscimo das aposentações nesses anos.

Relativamente ao pico ocorrido em 2014, e devido à introdução de novos fatores de penalização para as aposentações antecipadas que passaram de 4,5% para 6%/ano e com a elevação da idade legal da reforma para os 66 anos por via do Decreto-Lei 187-E/2013, de 31/12 e da Portaria 378-G/2013, de 31 de dezembro, são factos plausíveis para terem funcionado como um incentivo à aposentação com mecanismos de antecipação, tal como sugere o relatório da ACSS (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2015a).

De facto, é do censo comum que um clima de alguma incerteza económica, nomeadamente, quanto a futuros cortes de salários, bem como quanto a eventuais agravamentos das condições de aposentação, constituem facto bastante para a ocorrência de um acréscimo do número das pensões antecipadas, as quais, poderão explicar aqueles picos que identificámos.

Sucedo, porém, que ainda que sejamos parcialmente corroborados pela bibliografia nesta nossa discussão, **há que ser prudente nestas análises e nas generalizações**. Deste modo preferimos referir que se trata de meras suposições, uma vez que, e contrariamente aquilo que seria o nosso desiderato, não nos foi possível confirmá-las estatisticamente, designadamente pelo facto de não nos ter sido possível obter os dados relativos às aposentações de forma desagregada, isto é, dividindo e organizando os mesmos por (i) aposentações antecipadas; (ii) aposentações por tempo completo e; (iii) aposentações obrigatórias (aos 70 anos).

**A nível regional** (ver gráfico 7) verifica-se, de um modo geral, que os picos de aposentações relativas aos médicos de família ocorridos em cada ARS são consistentes com os dados relativos a Portugal continental. Exceção para a região abrangida pela ARS do Algarve para a qual só se regista um pico em 2014.

Relativamente ao ocorrido em 2009 não nos será possível pronunciar-nos, pois como vimos, os dados desagregados encontram-se limitados entre 2011 a 2015.

Assim, para o período em que foi possível aceder a dados desagregados, verifica-se que o maior número de aposentações de médicos MGF ocorreu ao nível da ARSLVT, com 399 aposentações, seguida da ARS Norte, com 369 aposentações, da ARS Centro, com 259 aposentações, da ARS Alentejo com 65 aposentações e por fim, da ARS do Algarve com 34 aposentações.

Em termos ponderados, isto é, comparando o número de médicos aposentados em cada região, com o valor médio de médicos em funções de cada uma das regiões entre 2011 e 2015, verifica-se que foi na ARS LVT que se aposentou um maior número de médicos de MGF, cerca de 21,83%, seguida da ARS Alentejo, com cerca de 21,58% de médicos aposentados

relativamente aos médicos em exercício de funções. A ARS do Algarve foi a região onde se registou o menor número de aposentações ponderadas, cerca de 13,22%.

### 1.3. Análise entradas

Quanto à nossa análise para as entradas, a nossa estratégia passou por (i) pesquisar os resultados relativos às contratações resultantes da política pública de contratação de médicos de MGF aposentados; (ii) pela contratação de médicos de MGF estrangeiros e; (iii) pela quantificação das entradas para o internato de MGF separadas por médicos estrangeiros e por médicos nacionais.

De acordo com a pesquisa efetuada e como os dados obtidos via ACSS, verifica-se que para o período em estudo, 2010 a 2015, ocorreram cerca de 143 contratações de médicos MGF aposentados para os CSP do SNS, não nos tendo sido possível desagregar os referidos valores por ano como já referimos (gráfico 8).

Comparando as contratações de médicos de MGF aposentados ocorridas naquele período com o número de médicos de MGF que se aposentaram em idêntico período, verifica-se que o número de médicos MGF aposentados contratados representa cerca de 12,70% do valor total de MGF. Foi a região abrangida pela ARS Centro, seguida da ARS algarve e pela ARS Alentejo em que em que percentualmente mais médicos de MGF regressaram. Por sua vez, na ARS do Norte e na ARS de LVT, foram as duas regiões onde se recuperou um número de médicos aposentados inferior à média do SNS (gráfico 9). De facto, na ARS Centro, conseguiu-se, por via desta política pública recuperar cerca de 18,53% médicos aposentados, na ARS Algarve cerca de 17,65%, enquanto nas ARS de LVT e na ARS Norte e na somente 12,03% e 8,67%, respetivamente. Facto que poderá ser eventualmente explicado com uma menor oferta do setor concorrencial nesses locais.

Por sua vez, a menor recuperação na ARS Norte e ARSLVT poderá estar relacionada com uma maior oferta do setor concorrencial, o qual certamente oferece melhores condições salariais aos médicos aposentados do que aquelas oferecidas pela política pública do Estado.

Apesar da pesquisa efetuada apenas se encontraram estudos com referência à utilização da contratação de médicos aposentados (EUA e Reino Unido) como forma de mitigar a escassez de médicos.

Porém, **em nenhum desses estudos se calculou a taxa de retorno dos médicos aposentados**. Assim, não nos é possível comparar os 12,70% do número de médicos recuperados para o SNS com aqueles países. Outra limitação, consiste no facto de não ter sido possível conhecer quantos médicos se aposentaram e optaram pelo exercício de funções no setor concorrencial.

Outro aspeto a salientar, e, pese embora se tenha solicitado informações nesse sentido junto da ACSS, é o facto de que não nos foi possível apurar há quanto tempo é que os médicos MGF aposentados que optaram por regressar aos CSP do SNS se encontravam aposentados. De facto, seria interessante conhecermos se há relação entre a taxa de regresso e o tempo de afastamento do SNS, isto é, se a taxa de regresso é maior naqueles médicos que se aposentaram há menos tempo, por comparação com aqueles que se aposentaram há mais tempo. Esse dado poderia ser importante de modo a permitir decisões quanto a eventuais reajustes da política.

Considerando que não foi possível comparar a taxa de regresso ao SNS com estudos internacionais, optámos por tentar comparar essa taxa com outras políticas, designadamente, a contratação de médicos estrangeiros e com o aumento de vagas para o internato de MGF.

Relativamente aos internos MGF conseguimos apurar as “*existências anuais*” e as entradas anuais entre 2012 e 2015. Contudo, não conseguimos apurar quantos desses internos eram estrangeiros e quantos eram nacionais, nem a distribuição dessas entradas por ARS. Pelo que não poderemos analisar o efeito da contratação de estrangeiros relativamente ao internato, nem por ARS. Deste modo, alcançámos o gráfico 10, a partir do qual se constata que o valor acumulado dos novos internos, entre 2012 e 2015, atingiu cerca de 702 internos, ou seja, cobriu 62,34% das saídas por aposentação em idêntico período, valor bastante superior aos 12,70% de médicos aposentados que se conseguiram contratar para os CSP<sup>30</sup>. Além disso, é com otimismo que contatamos que no ano de 2015, e pela primeira vez (pelo menos face aos dados que conseguimos obter) **o número de internos MGF foi superior ao número de aposentações ocorridas nos CSP**. Facto que permite antever uma inversão da escassez destes profissionais de saúde nos próximos anos.

Ainda relativamente aos médicos estrangeiros, conseguimos obter “somente” as “*existências anuais*” entre 2004 e 2014 de médicos MGF e de internos MGF (Quadro 2 no anexo), pelo que não nos será possível analisar o peso da política de contratação de estrangeiros face à política de contratação de aposentados por entradas anuais. Ainda assim, e considerando a existência de 473 médicos de MGF estrangeiros em 31 de dezembro de 2014 (Quadro 2 no anexo), constata-se que esse valor representa 42,00% das aposentações ocorridas de médicos MGF nos CSP entre 2012 e 2015, valor que também é 330,77% superior aos 143 médicos de MGF aposentados contratados. Deste modo, caso não houvesse médicos estrangeiros MGF no SNS o acesso aos CSP seria mais dificultado e o número de utentes inscritos sem médico de família seria bastante maior.

Porém, e uma vez que não foi possível desagregar os dados a fim de podermos comparar o impacto de cada uma das políticas, procedemos a uma análise global que as existências<sup>31</sup> e as saídas tiveram relativamente à evolução do emprego médico nos CSP do SNS.

Deste modo, e sem fazermos refletir o número de internos atualmente em formação, verifica-se que o valor de médicos MGF (que inclui os contratados aposentados e os estrangeiros) tem permanecido estável, com cerca de 6035 médicos de família em 2011 e 6053 em 2014 (Quadro 2 no anexo). Este facto sugere-nos que o número de contratações de médicos MGF estrangeiros e das contratações de médicos MGF aposentados, **apenas tem possibilitado fazer face às saídas** e, portanto, essas políticas, por si só, não têm sido suficientes para aumentar a capacidade de resposta dos CSP face às aposentações e restantes saídas de médicos MGF dos CSP do SNS (gráfico 11).

Por sua vez, se fizermos refletir naqueles valores as existências atuais relativas ao número de internos de MGF atualmente em formação (internos MGF estrangeiros + internos MGF nacionais) a situação reconfigura-se verificando-se um aumento contínuo de médicos MGF desde 2011, registando-se um total de 7146 médicos MGF no ano de 2011 e cerca de

---

<sup>30</sup> O rácio de médicos aposentados contratados foi para o período 2011 a 2015 podendo por isso ficar “prejudicado” face ao pico de aposentações ocorrido em 2011. No entanto, e uma vez que não possuímos as contratações de aposentados desagregadas por ano, não nos é possível ajustar o valor para o período 2012 – 2015.

<sup>31</sup> Médicos estrangeiros, internos estrangeiros, internos nacionais e o total. Não conseguimos obter o valor de médicos desagregado por anos pelo não os incluirmos na análise.

7942 no ano de 2014 (gráfico 11). Por sua vez, no gráfico 12 (em anexo) podemos observar esse efeito a nível regional.

Esta nossa análise permite-nos confirmar que de facto são as políticas de *numerus clausus* tomadas na década passada, associadas às políticas de aumento de vagas dos internos MGF que melhor permitem combater a escassez de médicos de família, pelo que, face à evolução dos últimos anos, e caso a taxa de aposentações se mantenha no ritmo atual, teremos, dentro de 3 ou 4 anos, médicos de MGF em número suficiente para que todos os utentes inscritos.

Contudo, há que ter prudência na generalização destas conclusões que poderão, eventualmente, tornar-se precipitadas, pois como vimos, sobretudo na área da saúde, há que ser prudente com as previsões – a esse exemplo recordemos as projeções do Ministério da Saúde para as aposentações de médicos MGF refletidas no gráfico 6. Isto porque nada nos garante como é que vão continuar a evoluir as aposentações de médicos MGF, temos somente estimativas, as quais, por muito robustas que sejam que não passam disso mesmo. Por outro lado, porque não sabemos nem como é que a procura se vai comportar, designadamente o número de utentes e as respetivas necessidades em saúde, nem a oferta, nomeadamente se os próximos Governos irão continuar a apostar nos CSP. Isto é, continuando a orçamentar as verbas necessárias para que os novos médicos MGF recém-especialistas possam ser todos contratados pelos CSP do SNS e/ou se estes recém-especialistas vão encontrar alternativas que entendam ser mais favoráveis, designadamente junto do setor concorrencial – privado e assistencial, quer seja no plano nacional ou estrangeiro.

Deste modo, e a esse propósito, gostaríamos de salientar que não basta aumentar-se as vagas de acesso ao curso de medicina e as vagas do número de internos MGF. Há que assegurar, melhor opinião, condições de estabilidade para que os médicos recém-especialistas possam estabelecer vínculos duradouros com o SNS, acompanhadas de condições adequadas de progressão na carreira e de formação profissional. Caso isso não suceda, corre-se o sério risco desses recém-especialistas poderem vir a procurar alternativas que lhes sejam, eventualmente, mais benéficas, no setor concorrencial, nacional ou estrangeiro.

Os mesmos considerandos são aplicáveis aos internos MGF estrangeiros pois caso não lhes sejam garantidas/asseguradas as respetivas expectativas profissionais, será expetável que os mesmos, uma vez especialistas, possam vir a regressar ao país de origem ou então, de igual modo aos recém-especialistas nacionais, virem a procurar carreira no setor concorrencial no nosso país ou noutro país estrangeiro para eles que não o nosso.

Caso não seja possível cativar e fixar os recém-especialistas, então aí, tardará que se consiga assegurar, efetivamente, médico de família a cada utente do SNS.

Fechando este ponto de análise, salientamos que não nos foi possível trazer à nossa discussão os dados referentes às entradas ocorridas em 2015, uma vez que esses dados ainda não se encontravam validados relativamente ao número de internos, nem ao número de contratados estrangeiros.

## **2. Análise qualitativa**

Complementarmente à nossa análise quantitativa procedeu-se à recolha e análise da perceção dos principais *players/stakeholders*: (i) quanto à pertinência da contratação de



médicos aposentados; (ii) quanto a eventuais constrangimentos/benefícios inerentes à atual política de contratação de médicos aposentados; (iii) quanto aos fatores que podem contribuir para aumentar o número de contratações de médicos MGF aposentados, designadamente remuneratórios e organizacionais e; (iv) relativamente à perceção em relação a outras situações potencialmente facilitadoras do acesso aos CSP, designadamente o enfermeiro de família e o gestor do doente.

## **2.1. Análise resultados do questionário – Associações e Sindicatos e Gestores**

Relativamente ao questionário tivemos uma taxa de resposta de 50% nas associações e sindicatos e de 52,27% relativamente aos ACES. Nestes últimos, por se tratar de um estudo censitário – sem os vieses de uma amostra – a taxa de resposta é indicativa de que os dados obtidos devem ser tomados em conta, dado que representam uma porção significativa de Diretores Executivos dos ACES.

No que concerne à perceção relativa à escassez de médicos as perceções são similares, dado que nas associações e sindicatos se partilha perceção de que há escassez de médicos, facto igualmente percecionado por 78,3% dos ACES. Quanto à distribuição regional da escassez verificamos igualmente uma similaridade das respostas, designadamente que a escassez de médicos MGF se faz sentir na ARSLVT, Algarve e Alentejo, facto consistente que é com os dados estatísticos do Ministério da Saúde (Portugal. Ministério da Saúde. SNS, 2016b).

Como razões para essa escassez a USF-AN assinalou três razões principais: ineficiente organização do setor público, crescente oferta de cuidados de saúde privados com salários mais atrativos e a emigração para dentro e fora da União Europeia. Por sua vez, o SIM, deu destaque para a falta de médicos disponíveis para serem contratados, à crescente oferta de cuidados de saúde privados e ao reduzido *numerus clausus* para ingresso no curso de medicina. Nos ACES, a maior parte dos respondentes referiram como razões principais uma ineficiente organização do setor público 11 (47,8%); a falta de médicos disponíveis para serem contratados 10 (43,5%) e; a crescente oferta de cuidados de saúde privados com salários mais atrativos 10 (43,5%).

Quanto às consequências da escassez, a USF-AN destaca a diminuição da acessibilidade aos cuidados de saúde e o agravamento das desigualdades. O SIM concorda com a diminuição da acessibilidade, porém acrescentou que a escassez de médicos pode colocar em risco a transmissão de conhecimentos aos novos médicos. Já para os ACES, as consequências principais são a diminuição da acessibilidade 18 (78,3%) e; o agravamento das desigualdades sociais em saúde 15 (65,2%).

A expansão da oferta dos cuidados de saúde privados é encarada de múltiplas formas. Para a USF-AN a expansão da oferta dos cuidados de saúde privados é negativa, pois desvia os profissionais de saúde do setor público para o privado. Posição diversa tem o SIM que considera essa expansão positiva, pois permite aumentar a acessibilidade dos cuidados de saúde às populações. Já para os ACES as respostas dividem-se. Para 10 respondentes (43,5%) essa expansão é negativa dado que desvia os profissionais de saúde do setor público para o privado; 6 respondentes (26,1%) consideram que não é positiva nem negativa; 5 respondentes (21,7%) encaram a expansão positiva, pois a mesma permite aumentar a acessibilidade dos cuidados de saúde às populações. Cerca de 1 respondente (4,3%) assinalou NS/NR e um outro (4,3%) assinalou a opção de livre preenchimento sem contudo ter escrito a sua opinião.

Quanto à percepção da política pública de contratação de médicos aposentados a USF-AN destaca que a mesma **é pontualmente positiva**, contudo, **ressalva para a necessidade de uma total transparência para que não se contratem médicos aposentados em detrimento de jovens especialistas**. O SIM refere que a **política tem caráter excepcional** e como tal apenas **deve vigorar por curto período enquanto houver escassez**. Ao nível dos ACES as percepções são muito diversas (ver anexo), sendo que muitas das opiniões alertam que deve ser uma medida transitória, que deve é ser dada oportunidade aos mais novos, que a política, **ao impedir a escolha o profissional torna-se cega**. Destaque também para respostas no sentido de que com esta política **corre-se o risco de retirar o lugar aos mais novos** e de que é uma **situação de desigualdade para os médicos que ficam no ativo**. Porém, há também respostas positivas no sentido de que se admite que **a política pode ajudar a diminuir os utentes sem médico de família**, bem como contribuir, além de melhorar a acessibilidade aos CSP, para a transmissão de conhecimentos.

Relativamente à questão sobre se o SNS tem capacidade para atrair médicos de MGF face ao privado oferecendo 30% de acumulação enquanto no privado não há essa limitação, as opiniões dos ACES vão no sentido de que **a baixa remuneração poderá constituir um constrangimento para que um número significativo de médicos MGF aposentados regresse aos CSP**. Porém, e em muito menor número, há **também quem entenda que mesmo assim se vai conseguir atrair alguns profissionais** e quem não concorde que se esteja *“a pagar a médicos com ordenados mais elevados podendo contratar médicos com ordenados mais baixos e com menos vícios de prescrição, o que aumentam os custos. Só é benéfico para os médicos com pivada que querem poder manter as suas prescrições e acesso aos utentes com o benefício de SNS (transcrição de mcdd e receituário)”*.

Considerando o aumento da contrapartida pecuniária para os 75% a USF-AN e o SIM destacam que **é provável que um pagamento mais atrativo venha a aumentar o número de médicos que decide regressar**. A USF-AN salienta que além da questão remuneratória há incentivos que poderão melhorar essa adesão, porém, não referiu quais. Ambos tiveram respostas similares quando se questionou se a acumulação passasse para os 100%. Sendo que o SIM destacou que *“os valores monetários têm importância na decisão.”* Por sua vez, os ACES, referem maioritariamente que sim, isto é, que será expetável que **uma contrapartida pecuniária superior faça regressar mais médicos aposentados aos CSP do SNS**. No entanto, há quem destaque que a privada com salários mais atrativos e a pressão diária de trabalho não motiva o regresso. Um respondente referiu que **os 75% são uma solução mais equilibrada que a anterior**. Há também que entenda que sim, mas com ressalvas referindo que o “embora o dinheiro não seja a única razão que afasta os médicos do SNS.

Quando se questionou e se fosse 100%? A USF-AN entendeu que provavelmente sim, sendo que os *players* do grupo dos ACES referiram maioritariamente que sim. Porém há respostas que vão no sentido inverso, designadamente por considerar que **a questão não deve ser apenas remuneratória** mas sim a promiscuidade público/privado. Outra resposta fala-nos sobre a questão do registo biométrico poder contribuir para afastar profissionais, uma outra refere-nos que isso terá pouco impacto na decisão e uma resposta refere que essa decisão seria eticamente incorreta.

Questionados acerca de outros aspetos diversos da remuneração que possam atrair os médicos aposentados a regressar aos CSP do SNS, a USF-AN e o SIM destacam maiores flexibilidades no horário e listas de utentes mais curtas. Sendo que a USF-AN destaca ainda

para a **importância destes profissionais mais experientes poderem vir a fazer, além da parte assistencial, governação clínica e de saúde**. Por sua vez, os ACES, lançam-nos diversas sugestões, designadamente, fazerem apenas urgências, terem listas mais curtas, darem apenas formação, possibilidade de concentrarem o horário e terem mais tempo livre. Duas respostas vão no sentido de que os profissionais aposentados *“nem deviam regressar”* e *“Não há benefício em atrair esses médicos para os CSP”*.

Relativamente à percepção se a contratação de aposentados poderá fazer face à escassez de médicos nos CSP do SNS, a USF-AN e o SIM referiram que será importante continuar a aumentar vagas no internato MGF, dando também destaque para uma **maior celeridade na colocação dos recém-especialistas** (USF-AN). O SIM, destaca ainda que se deve continuar a efetuar um esforço na formação. Já para os ACES cinco respondentes responderam afirmativamente, enquanto doze respondentes responderam que não, dando particular destaque à zona de Lisboa. Como soluções alternativas propuseram a agilização dos concursos e a determinação de períodos de carência de 3 anos, havendo ainda quem sugerisse medidas de discriminação positiva para que aceite vir para o interior.

Quanto à percepção relativamente aos *numerus clausus* a USF-AN entende **que o número de vagas já é demasiado elevado** o que, a médio prazo, pode vir a ser geradores de um excesso de médicos, provocando desemprego nesta profissão, forçando à emigração de médicos com o consequente desperdício de recursos. Por sua vez, o SIM entende que o número de vagas atual é suficiente dado que o mesmo já foi aumentado no passado. Cerca de 8 respondentes (34,8%) dos ACES perfilham respostas que o número de vagas já é demasiado elevado. Porém, *“logo atrás”*, com 7 respostas (30,4%) defende-se que o número de vagas deve ainda ser mais aumentado. 6 respondentes (26,1%) consideram que o número se deve manter e 2 (8,7%) responderam outro, contudo sem especificarem a resposta.

Relativamente à questão **se os decisores políticos devem aguardar pela formação dos novos internos de MGF ou se devem procurar outras soluções mais rápidas**, ambos referiram que se deve aguardar pela formação dos novos médicos, sendo que o SIM destaca que brevemente mais 400 médicos irão concluir o seu internato e que as aposentações vão começar a diminuir. Por sua vez nos ACES, a maioria das respostas, vai no sentido de que se deve tornar os CSP mais atrativos, com incentivos e alterações dos modelos organizacionais, designadamente por via da evolução para USF. Porém, duas respostas referem que bastará aguardar pela formação dos novos internos.

Quanto aos estímulos para a escolha da MGF enquanto especialidade a USF-AN destaca a necessidade de haver um maior contato com a MGF na licenciatura, bem como a criação de Unidades Formativas com condições estruturais. Por sua vez, o SIM refere que se deve iniciar o trabalho como USF do tipo B. Já os ACES destacam múltiplas razões que vão desde **a fixação do interno no ACES desde que obtivesse determinada classificação**, maior divulgação da especialidade junto dos alunos de medicina, incentivos, alojamento, benefícios fiscais, majoração na contagem de tempo para progressão na carreira. Contudo, uma das respostas referiu que **não são necessários mais estímulos** dado que a especialidade já se encontra com uma boa adesão neste momento.

No que concerne aos fatores que podem contribuir para uma melhor fixação dos quadros médicos nos CSP a USF-AN entende que seria benéfico desenvolver mais USF de modelo B. Por sua vez, o SIM é da opinião que os incentivos à fixação na periferia, acrescidos de uma remuneração base associada a incentivos à produção são os fatores que mais podem

contribuir para essa fixação. Já os ACES atribuem destaque à remuneração base associada a prémios de desempenho e aos incentivos à fixação na periferia com cerca de 11 respostas (47,8%), sendo que a opção menos selecionada foi o aumento da remuneração base com cerca de 4 respostas (17, 4%).

Quanto ao enfermeiro de família a USF-AN entende que a delegação de competências por parte do médico de MGF **não contribui para diminuir a escassez**. Enquanto o SIM **entende que isso ajudaria**. Por sua vez, os ACES destacam como fatores positivos nessa delegação de competências, a realização das consultas intermédias por enfermeiros – consultas dos hipertensos, diabetes, grávidas e mesmo questões mais polémicas como a prescrição de medicamentos para doentes crónicos (2 respostas) ou o facto de os enfermeiros assumirem a gestão da UCSP e das USF. Houve também uma resposta no sentido de que **a prescrição deve ser vedada aos enfermeiros**. No plano intermédio há resposta no sentido de que as competências estão hoje bem repartidas.

Por sua vez, em relação ao gestor do doente, a USF-AN e o SIM referem que **esta figura em nada contribui para aumentar a eficácia ou a eficiência da utilização dos recursos**, nem permite libertar os médicos para “atenderem” outros utentes. Sendo que o SIM acrescenta que não é desejável mais burocracia. Quanto aos ACES 10 respostas foram em sentido positivo, isto é, de que a utilização do enfermeiro de família beneficia o acesso aos CSP, e 9 entendem que não. Uma das respostas refere que *“em termos programáticos não soa mal (quem não tem um gestor de conta?), mas a articulação entre cuidados ao nível micro afigura-se complexa.”*

Destacamos o facto de que temos a perfeita consciência de que a realização de entrevistas teria, certamente, enriquecido significativamente os tópicos trazidos à colação desta nossa discussão, contudo, isso levaria à necessidade de deslocações diversas, de acordo com as disponibilidades dos entrevistados, por todo o país, o que, devido a limitações de tempo, bem como a constrangimentos financeiros, não foi possível de executar neste estudo.

Contudo, ainda assim, o questionário trouxe-nos, por um lado, riqueza e diversidade a esta nossa discussão, por outro lado, a forma pertinente como estes *players* introduziram novos tópicos na discussão trouxe-nos “um estímulo” para explorarmos esses tópicos noutros estudos que se venham a desenvolver.

## **2.2. Análise estudos de caso – Médicos**

Relativamente às entrevistas estudo de caso, e concretamente à política pública da contratação de médicos aposentados verifica-se, de um modo geral, que o valor de acumulação de 30% (com a pensão ou com o vencimento) é considerado, pela maioria dos entrevistados, **como uma barreira ao seu eventual regresso**. A corroborar essa constatação o facto de somente uma das entrevistadas, do grupo que regressou ter referido que as questões remuneratórias não são importantes para ela, sendo que regressou apenas por “*carolice*”, dado que gosta do que faz e que esta foi uma forma encontrada de continuar ativa e atualizada sendo esse os fatores mais importantes para o regresso. Talvez para essa perceção contribua o facto de ter mencionado na entrevista que se encontrava “*bem de vida*”. Contudo, dois entrevistados (do grupo que exerce funções no SNS) referiram terem outros planos de vida, sendo para eles indiferente a remuneração.

Ainda assim, e de um modo geral, **para estes estudos de caso a questão remuneratória parece ser determinante** quanto à permanência e ao regresso nos CSP do SNS após aposentação, designadamente considerando o facto do valor a acumular ter sido ajustado de 30 para 75%, o que poderá, de certa maneira, *“concorrer com o setor concorrencial”*. Sobretudo para os profissionais que estejam a ponderar entre o setor concorrencial e o público, ou mesmo aqueles que se encontrem no privado. Essa constatação é corroborada pelo facto de uma das entrevistas (grupo de aposentados com funções no setor privado) ter referido **ponderar agora regressar ao setor público face aos 75% que estão atualmente a ser oferecidos**. Também pelo facto da outra entrevistada do mesmo grupo ter regressado inicialmente aos CSP do SNS ter referido se *“no tempo dela”* lhe tivessem oferecido **teria ponderado melhor a sua saída para o privado**.

Deste modo, e com base nos resultados obtidos para os estudos de caso, somos levados a concluir que o aumento da acumulação de 30 para 75% poderá trazer mais médicos aposentados para trabalhar nos CSP do SNS e com isso dar um contributo importante para se mitigar e/ou solucionar o número de utentes sem médico de família e, portanto, promover mais e melhor acesso a este nível de cuidados de saúde. Pelo menos, enquanto outras políticas públicas com soluções mais duradouras, mas também mais demoradas, (aumento dos *numerus clausus* e aumento do número de internos de MGF não resolvem *“o problema”*).

Todavia, **a questão remuneratória não foi universal nos estudos de caso**, pois face às entrevistas realizadas não poderão ser ignoradas questões organizacionais, tais como (i) a proximidade entre o local de colocação e o local onde exerciam funções, (ii) o ajustamento dos horários de trabalho por concentração e, (iii) a implementação de sistemas informáticos mais robustos ou mesmo considerar-se a formação para uma melhor utilização desses sistemas informáticos, são fatores que poderão determinar o regresso de mais médicos aposentados para os CSP do SNS. De fora, claro, ficam aqueles médicos que têm outros planos de vida e que não pretendem regressar independentemente das condições remuneratórias, horários ou outras.

Outro fator importante que pode limitar as nossas generalizações quanto aos estudos de casos é o facto de que por razões económicas e de tempo disponível as entrevistas estudo de caso circunscreveram-se a uma única ARS pelo que não podemos generalizar estes resultados e estas constatações à realidade do SNS. Estes resultados teriam de ser acompanhados por estudos de caso nas restantes quatro regiões do país a fim de serem validados.

Ainda assim, gostaríamos de salientar que a recolha da perceção da política pública da contratação de aposentados junto destes *players* foi muito enriquecedora. Para isso muito contribuiu o facto de o instrumento de recolha de dados ter sido a entrevista em profundidade em vez de um questionário, elementos que associado ao facto da recolha da perceção ter ocorrido junto de estudos de caso, isto é, médicos que estão a ser ou que podem vir a ser abrangidos pela política dependendo única e **exclusivamente da sua própria decisão pessoal** e não de critérios administrativos, tais como concursos, merecem que se lhes atribua a devida importância.

### 2.3. Análise entrevista – Decisores políticos

Relativamente à entrevista realizada junto da Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge verifica-se que a mesma criou a política inspirando-se nos seus pares e na constatação de “*uma debandada*” de médicos do SNS por via das aposentações antecipadas. Deste modo, a ex-Governante “*sentiu*” que esta política poderia “*travar*” essas aposentações não apenas porque os médicos poderiam sentir que o Estado lhe reconhecia importância, como também porque tinham ali uma forma de compensar algum rendimento.

Relativamente à “*baixa adesão*” dos médicos MGF aposentados para regressarem ao SNS, quer a Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge, quer o Dr. Leal da Costa referiram ter percecionado perfeitamente que a mesma não estava a ter o desempenho pretendido o que, para ambos, pode encontrar explicação no facto de os médicos aposentados encontrarem facilmente trabalho no setor concorrencial muitas vezes melhor remunerado que os 30% que o Estado lhes poderia oferecer. Quando questionados porque é que não aumentaram esse valor para outro, por exemplo os 75% agora oferecidos, destacaram questões orçamentais para não o fazerem, salientado ainda (Dr. Leal da Costa) que a verba era necessária para contratar mais enfermeiros e mais internos de MGF.

Relativamente à percepção de que se este ajuste recentemente ocorrido na política (acréscimo de 30 para 75% de acumulação) vai permitir recontratar mais médicos MGF para os CSP, as opiniões divergem. Para a Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge esse aumento poderá traduzir-se num maior número de contratações de aposentados e com isso numa melhoria do acesso aos CSP. Opinião diversa tem o Dr. Leal da Costa que entende que há já muita oferta no privado e que aqueles que estão bem instalados nas suas clínicas recebem, ainda assim, mais do que esse valor (75%). Contudo, salienta que apenas o tempo o confirmará ou não essa tese.

Não obstante a “*baixa adesão*” dos contratados aposentados para regressarem os CSP, ambos reconheçam que muitos milhares de portugueses têm hoje acesso a médico de família por via desta política, sendo que a experiência destes médicos também é um fator importante.

Ambos destacam que a escassez irá manter-se no próximos anos, sendo que neste ponto, o Dr. Leal da Costa alertou-nos para o facto de Portugal poder vir a enfrentar um problema novo relativo à perda da sua capacidade de formação, designadamente devido à distribuição bimodal dos médicos e, portanto às aposentações que se encontram previstas para os médicos com a categoria de chefe de serviço e mesmo de alguns doutorados.

Nas entrevistas, destaque também para o serviço médico à periferia sendo que ambos os ex-Governantes têm a percepção de que se deveria introduzir uma política similar de modo a que os médicos possam contar com realidade periféricas, não apenas nos CSP mas também nos hospitais onde não há faculdades de medicina.

Relativamente à organização dos CSP e dos horários ambos reconhecem a existência de burocracias, sendo que a Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge dá destaque de que tendencialmente se devem terminar com as urgências nos CSP, avançando para os modelos de USF, substituindo-se assim horas de urgência por horas de consultas. A ex-Governante dá ênfase ao facto de que se o utente tiver a garantia de que é visto pelo seu médico de família espera pelo dia seguinte.

Quanto à questão do enfermeiro de família ambos destacam a importância dessa figura, sendo que a própria Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge refere que os enfermeiros estão melhor preparados para cuidar das pessoas que os próprios médicos e que esse fator pode contribuir para uma melhor proximidade do utente e um melhor acesso aos CSP. Quanto à prescrição de

medicamentos pelo enfermeiro de família, os ex-Governantes divergem de opinião. A Dr.ª Ana Jorge entende que a prescrição deve ser exclusivamente médica. Por sua vez, o Dr. Leal da Costa, que na sua opinião é acompanhado pelo entendimento expressado por alguns diretores executivos dos ACES nos inquéritos, entende precisamente o contrário, reconhecendo, no entanto, que tem sido criticado quanto a esse seu entendimento não só pelos seus pares, como também pela própria Ordem. Para o efeito justifica como é que é então possível que o enfermeiro prescreva em contexto SOS no hospital, ainda que mediante protocolos bem definidos e que depois em contexto de CSP para doentes crónicos, perfeitamente controlados e sob supervisão do médico não o possam fazer. Entende ainda que temos enfermeiros muito qualificados e que Portugal desperdiça por isso os seus recursos.

Quanto ao Gestor do doente o Dr. Leal da Costa entende que apesar de tanta polémica que questão suscitou, não tem nada de novo, sendo para ele evidente que essa figura tem de ser desempenhada pelo médico de família. Por lapso do entrevistador não foi recolhida a percepção da Sr.ª Dr.ª Ana Jorge quanto a esta matéria.

Tal como sucedeu para o grupo dos médicos gostaríamos de salientar que a recolha da percepção desta política junto do grupo de políticos, e tal como se esperava foi também extremamente enriquecedora para este estudo. Para esse facto foi decisivo quer a disponibilidade mostrada por ambos, designadamente o facto de terem autorizado a gravação e a transcrição integral da política no anexo deste estudo. Claro está que o instrumento de recolha de dados (entrevistas em profundidade em vez de inquéritos) também contribuiu para isso.

## Capítulo 4. Conclusões e recomendações

### 1. Conclusões

A escassez de médicos é cada vez mais desafiadora. Em simultâneo, verifica-se um elevado número de aposentações de médicos, o envelhecimento da população, associada a uma crescente gama de necessidades em saúde, e uma série de restrições financeiras que limitam o potencial do SNS para recrutar médicos. Como se esses fatores não fossem suficientes deparamo-nos ainda com um crescimento da oferta privada de cuidados de saúde e de empregos médicos no estrangeiro, potencialmente melhor remunerados, fatores que conjuntamente acentuam a tónica do acesso universal e tendencialmente gratuito aos cuidados de saúde.

Como observámos a partir da nossa revisão bibliográfica as principais causas para a escassez de médicos nos países considerados desenvolvidos devem-se, essencialmente, a duas questões essenciais: (i) o planeamento inadequado de recursos humanos e; (ii) as barreiras corporativas de acesso à profissão (Barber e López-Valcárcel, 2010).

Contudo, não cabe em sede deste trabalho avaliar as causas ou os fatores que em Portugal conduziram à escassez de médicos. O nosso estudo reflete sobre as soluções encontradas pelas políticas públicas e os seus resultados em número de contratações, em particular, a política pública que veio possibilitar a contratação de médicos aposentados para o SNS. Ainda assim, e muito sucintamente, e corroborados pela revisão bibliográfica, diríamos que em Portugal nos parece óbvio que o défice de médicos foi-se acumulando, ao longo de décadas, entre outros fatores, devido às saídas por aposentação que não foram sendo compensadas com novas entradas. Sobretudo, tal como verificamos, considerando que a partir de 2008, as aposentações ultrapassam o dobro daquelas que o próprio Ministério da Saúde previu em 2007. Destacando, de 2008 para 2009 – período pré-política pública de contratação de médicos aposentados – onde se registou de um crescimento das aposentações na ordem dos 193,24%.

No cenário atual, os cuidados de saúde primárias têm vindo a adquirir força como estratégia estruturante dos sistemas de saúde (Borges, Cruz e Lopes, 2016). Como focámos, os CSP constituem a principal estrutura de um sistema de saúde, quer pela dimensão de problemas de saúde que resolvem (80 a 85%), quer pela diversidade de intervenções que asseguram sendo por isso essencial manter este nível de cuidados operacional.

É ao nível dos CSP onde o défice de médicos é particularmente evidente, sobretudo nalgumas regiões mais periféricas, como o Litoral Alentejano e o Barlavento Algarvio, onde a percentagem de utentes sem médico de família atinge os 26,5%, 33,5%, respetivamente, mas também em zonas de grande pressão demográfica na zona metropolitana de Lisboa, com particular destaque para as áreas geográficas abrangidas pelos ACES do Estuário do Tejo, Arrábida, Sintra, Oeste Sul, Amadora, Arco Ribeirinho e Cascais com entre 22,3% a 28,5% de utentes sem médico de família atribuído (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2015).

Também verificámos que o défice de médicos é particularmente evidente ao nível dos CSP, sobretudo nalgumas regiões mais periféricas – como o Litoral Alentejano e o Barlavento Algarvio, onde a percentagem de utentes sem médico de família atinge os 26,5% e os 33,5%, respetivamente – como também em zonas de grande pressão demográfica na zona metropolitana de Lisboa, com particular destaque para as áreas geográficas abrangidas pelos ACES do Estuário do Tejo, Arrábida, Sintra, Oeste Sul, Amadora, Arco Ribeirinho e Cascais com



entre 22,3% a 28,5% de utentes sem médico de família atribuído. Em Portugal continental mais de 1 milhão de utentes não possuem médico de família (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2015).

Conforme decorre do artigo 64.º da nossa excelsa Constituição da República Portuguesa (CRP), todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover, por via de um SNS universal e tendencialmente gratuito. É ao Estado que compete garantir o acesso a todos os cidadãos aos cuidados de saúde da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, assegurando uma racional e eficiente cobertura de todo o país quer em recursos humanos, quer em unidades de saúde. A esse respeito, e no nosso ordenamento jurídico-constitucional é o Governo, em sentido geral, o órgão de condução da política geral do país e o órgão superior da Administração Pública (artigo 182.º, da CRP).

É, pois, neste sentido, ao Governo que compete, em última análise, procurar solucionar a escassez de médicos por via das Políticas Públicas.

Efetivamente, e a fim de fazer face à escassez de médicos, verificámos que os sucessivos Governos, com particular destaque para as duas últimas décadas, têm vindo a implementar diversas políticas públicas para a área da saúde, designadamente, o aumento do *numerus clausus*, o reconhecimento das habilitações estrangeiras com vista à contratação de médicos estrangeiros e, ainda, para o caso particular da escassez de médicos de MGF, acordos internacionais com vista à contratação de médicos estrangeiros – recordemos a esse propósito, a contratação de médicos de família cubanos para a região do Alentejo e do Algarve. Destaque também ao nível dos CSP para o aumento do número de vagas para o internato daquela especialidade, bem como e acordos internacionais com vista à contratação de médicos estrangeiros – recordem então a contratação de médicos de família cubanos para a região do Alentejo e do Algarve.

Todavia, os seis anos de formação específica necessários à obtenção da formação inicial dos médicos – hoje mestrado integrado em medicina – acrescida da duração da especialidade – entre quatro a seis anos de formação – conduz a que o reflexo do aumento do número de vagas para a formação de novos médicos demore ainda, por mais alguns anos, a efetivar-se. Também por restrições orçamentais não foi possível contratar um maior número de médicos estrangeiros.

De igual modo, outras políticas públicas, tais como os incentivos remuneratórios com vista ao aumento das listas de utentes nas USF do tipo B e A, também não permitiram, ainda, resolver a questão inerente à escassez de médicos.

Efetivamente, não obstante as avaliações positivas que possam resultar dessas políticas, continuamos com mais de 1 milhão de utentes sem médico de família (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2015).

Tal como decorreu da entrevista com a Dr.ª Ana Jorge, o Governo do qual fez parte, ao consciencializar-se de que travando as saídas de médicos ou permitindo o regresso dos médicos aposentados poderia ser uma forma de mitigar a escassez de médicos, sobretudo enquanto os novos médicos se encontram em formação, veio a criar, em 2010, com natureza transitória, uma política pública inovadora. Essa política inovadora veio permitir a contratação de médicos aposentados para o exercício de funções no SNS mediante a acumulação da pensão com um terço da remuneração ou vice-versa, conforme mais favorável para os médicos aposentados sem recurso a mecanismos legais de aposentação, ou mediante a remuneração equivalente à categoria e escalão detidos à data de aposentação para os

médicos aposentados com recurso a mecanismos legais de aposentação, sendo, nesse caso, a pensão que auferem congelada durante o período relativo ao contrato e garantida a retoma e atualização da mesma, nos termos da lei, face aos descontos entretanto realizados durante o período de contrato.

Porém, não basta desenhar e conceber as políticas públicas, é necessário avaliá-las e redesenhá-las se for caso disso.

Com efeito, para Pita Barros, *et al.* (2015) a avaliação de políticas públicas pode adotar diferentes perspetivas de análise, com distintas atenções aos aspetos de processo (como são construídas e implementadas as políticas? Quais os atores e os fatores contextuais relevantes?) e aos aspetos de resultado (as políticas adotadas produziram os resultados esperados? Produziram resultados positivos do ponto de vista do bem-estar social? Esses resultados poderiam ser melhorados?). Foi o que procurámos fazer, conscientes de que se tratava de um desafio elevado.

Como se referiu, e não obstante a colaboração e disponibilidade da ACSS, bem como por via da nossa revisão bibliográfica exaustiva, não nos foi possível obter a totalidade dos dados necessários ao preenchimento global dos nossos objetivos específicos.

Deste modo, e não obstante a pesquisa nos balanços sociais do Ministério da Saúde e nos Inventários de Pessoal do Setor da Saúde, não nos foi possível quantificar as entradas e as saídas relativas às licenças sem vencimento, bem como aquelas relativas a pedidos de rescisão e demissões, relativamente às saídas.

Ainda assim, a nossa componente quantitativa permitiu-nos verificar, por comparação coma contratação de médicos estrangeiros e de novos internos, que a contratação de médicos aposentados é a que menor impacto tem com “*apenas*” 12,70% de médicos aposentados a regressarem aos CSP do SNS. Com efeito, e relativamente à referida comparação com outras políticas, vimos que em 31 de dezembro de 2014 existiam cerca de 473 médicos de MGF estrangeiros contratados o que, em relação aos 143 médicos de MGF aposentados contratados representa um valor 330,77% superior. Também nos foi possível constatar que o grande contributo para a escassez de médicos de MGF tem sido efetivamente as entradas de novos internos de MGF, as quais, totalizam, entre 2012 e 2015 cerca de 702 novos internos que vieram permitir cobrir cerca de 62,34% do número de aposentações ocorridas naquele período nos CSP do SNS.

Esse facto, leva-nos a concluir que são as políticas de *numerus clausus* tomadas na década passada, associadas às políticas do aumento do número de vagas de internos de MGF **que melhor permitem combater a escassez de médicos de família**, pelo que, face à evolução dos últimos anos, e caso a taxa de aposentações se mantenha no ritmo atual, teremos, dentro de 3 ou 4 anos, médicos de MGF em número suficiente para que todos os utentes inscritos.

Ainda assim, e perfilhando da perceção da Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge e do Sr. Dr. Leal da Costa, a contratação de 143 médicos aposentados veio permitir para que muitos milhares de utentes inscritos viessem a ter médico de família. A fim de termos uma ideia, e partindo da média nacional de 1550 utentes por médico de família, os médicos aposentados contratados têm a virtualidade de permitir o acesso a cerca de 221650 utentes inscritos. Claro está que este valor é uma mera estimativa, pois certamente nem todos os 143 médicos de família estarão a desempenhar funções a tempo inteiro, sendo provável, por isso, que alguns tenham uma lista de utentes mais reduzido.

Contudo, fica por esclarecer se os 12,70% é ou não um valor baixo, pois da nossa pesquisa bibliográfica, verificou-se que esta política existe nos EUA e no Reino Unido, contudo, não se encontraram estudo que se debrucem sobre a taxa de regresso, pelo que, nesse aspeto, o nosso estudo é inovador.

Vimos que as ARS mais periféricas e com menor pressão demográfica são que tiveram uma maior taxa de recontratação de médicos MGF aposentados para os CSP, porém, ficar por esclarecer a que se deve essa diferença. **Ao facto de nesses locais existir um menor oferta de CSP no setor concorrencial?**

A esse ponto também fica por esclarecer se a taxa de regresso se encontra relacionada com o tempo decorrido desde que o médico se encontrava aposentado.

De igual modo, fica também por esclarecer quantos utentes é que efetivamente adquiriram médico de família por via desta política. Todavia, mesmo na ausência do valor exato desses utentes, certo é que se analisarmos o cenário na ausência da política, teríamos atualmente uma escassez estimada de 836 médicos MGF, em detrimento dos 693 reportados no Portal do SNS, facto que representaria um agravamento de 20,63% da escassez destes profissionais (Portugal. Ministério da Saúde. SNS, 2016b).

Deste modo, pretendemos realçar que esta política não deve ser menosprezada, pois tem tido uma importância que não deve ser ignorada, dado que contribuiu para colmatar um número de utentes sem médico de família certamente significativo e, ainda, pelo facto de ter vindo a permitir manter ativos médicos experientes para que os mesmos possam transmitir os seus conhecimentos às novas gerações de médicos.

A remuneração oferecida aos aposentados por esta política é o tópico que mais faz divergir as opiniões dos diversos *players*. Incluindo dentro do mesmo grupo de *players*. Há aqueles que entendem que não será pela revisão da política com uma atualização o valor da remuneração cumulável para 75% que se fará regressar mais médicos aposentados aos CSP do SNS. Por sua vez, outros possuem uma perceção oposta e que entendem que sim, designadamente que a atualização desse valor terá a virtualidade de fazer regressar mais médicos aposentados aos CSP do SNS. Deste modo, e face a essas opiniões divergentes e na ausência de dados concretos, e perfilhando a prudência que o Dr. Leal da Costa transmitiu na sua entrevista, teremos de aguardar para verificar se esse aumento remuneratório irá ou não refletir-se num maior número de contratações de médicos aposentados para os CSP do SNS.

Outro aspeto que merece destaque, e que cujo conhecimento ignoramos por falta de dados ou de modelos que permitam estimar esse valor, é qual seria hoje o volume de contratações de médicos MGF que se tinha conseguido contratar caso tivesse sido possível desenhar e implementar esta política pública com 75% de remuneração acumulável, logo desde o início da sua entrada em vigor (2010). **Será que teríamos conseguido captar mais médicos de família? Teríamos conseguido atribuir médico de família a todos os utentes inscritos?**

Deste modo, e em jeito de conclusão final, gostaríamos de referir que a escassez de médicos tem sido um problema estrutural, que adveio de abertura de poucas vagas para o curso de medicina, sobretudo nas décadas de 80 e de 90, o que veio a acentuar a escassez. Diversas políticas públicas têm sido implementadas. Por sua vez, o acesso aos CSP ainda não é o desejado dado que mais de um milhão de utentes continua sem o seu médico de família.

Os médicos aposentados constituem, obviamente, uma reserva estratégica, pois se conseguíssemos contratar todos os médicos aposentados, não haveria, quase de certeza

escassez de médicos. Esta política ganha ainda destaque, quando a contratação de estrangeiros não permitiu resolver o problema e enquanto outras políticas como o aumento dos *numerus clausus* na década passada e o aumento do número de internos nesta década não produziram os seus efeitos. Também merecedor de destaque, corroborado pela percepção de parte dos *players*, é a de que os médicos aposentados representam uma fonte de experiência, que pode vir a perder-se, sobretudo por via das aposentações antecipadas.

Ainda assim, perfilhamos do entendimento de parte dos Diretores Executivos dos ACES **de que deve ser uma política transitória e de que o caminho a seguir é o da formação de internos de MGF em número que permita substituir aqueles que entretanto se aposentam.**

Porém, como referimos anteriormente, não bastam aumentar-se as vagas de acesso ao curso de medicina e as vagas do número de internos para MGF. Há que, e salvo melhor opinião, assegurar condições de estabilidade para que os médicos recém-especialistas possam estabelecer vínculos duradouros com o SNS em condições adequadas de progressão na carreira e de formação profissional. Pois caso isso não suceda, pode correr-se o risco desses recém-especialistas poderem vir a procurar alternativas que lhes sejam, eventualmente, mais benéficas, no setor concorrencial, nacional ou estrangeiro. E portanto, Caso não seja possível cativar e fixar os recém-especialistas, então aí, tardará em que se consiga efetivamente assegurar médico de família a cada utente do SNS.

Como também vimos, os *players* lançaram-nos muitos tópicos interessantes, tais como o facto de esta política poder vir a retirar vagas aos novos médicos ou o facto de a política, na opinião de um dos diretores executivos: *“ao impedir a escolha do profissional a contratar, torna-se cega. Há ótimos médicos que, por razões várias, optam por se aposentar, e há péssimos médicos que, com alívio, vemos ir para a aposentação. Ter de “grammar” com ambos e, ainda, dar-lhes um acréscimo salarial de 75% é um disparate de todo o tamanho. Se uns trazem todo um mundo de conhecimento, outros arrastam toda uma carga de vícios. Acresce que o mecanismo está a ser utilizado não para colmatar necessidades assistenciais, mas sim para outros fins.”*

Contudo, face à limitação de páginas do presente estudo não nos foi possível explorar esses e outros tópicos sugeridos.

Relativamente ao nosso estudo podemos então afirmar que cumprimos com os objetivos propostos, uma vez que analisámos como é que têm vindo a evoluir as aposentações dos médicos MGF no SNS e as entradas dos internos MGF e dos médicos MGF estrangeiros. Por sua vez, analisamos os efeitos da política pública de contratação de médicos MGF aposentados ao nível dos CSP, determinando o número de contratações concretizados, comparando os resultados obtidos com outras políticas, efetuadas e ainda, procedemos à recolha e análise da percepção dos *players* quanto às respetivas expectativas em relação a esta política pública. Sendo que foi possível perceber, junto desses *players*, como é que a política foi desenhada e implementada, bem como o porquê de não se ter ajustado o valor da remuneração acumulável naquela data.

## **2. Recomendações para trabalhos futuros**

Como estudos futuros recomenda-se uma nova avaliação desta política no sentido de se compreender se o ajustamento da remuneração para 75% veio ou não aumentar, de modo significativo, o número de médicos MGF aposentados que se conseguiram contratar por via da mesma.

De futuro seria interessante entrevistar outros estudos de caso, designadamente nas restantes quatro ARS de Portugal, a fim de verificar se ocorreriam alterações ao nível do padrão de resposta.

Também seria importante registar a perceção das USF relativamente a esta política.

Nesta temática seria interessante de estudar esta política nas Regiões Autónomas em moldes similares ao efetuado para o SNS.

Também seria interessante proceder à avaliação da política noutras especialidade, como sejam a área da Saúde Pública, muitas vezes esquecida e no setor hospitalar.

Por sua vez, ao nível estatístico, deixamos a recomendação para que se tente implementar um sistema que permita monitorizar melhor as aposentações dos médicos (MGF e não só), designadamente no sentido de se compreender quantos é que se aposentam de forma antecipada, quantos se aposentam com a idade legal da aposentação (66 anos) e quantos se aposentam compulsivamente (aos 70 anos). Uma boa monitorização do número de aposentações poderá contribuir para redesenhar esta ou outras políticas similares que venham a ser necessárias de implementar. Sobretudo, se pretendermos evitar novos contextos de escassez.



## Referências bibliográficas

ADAMS, O.; HICKS, V. – Pay and non-pay incentives, performance and motivation. **Human Resources Development Journal**. 4:3 (2000) 25 p.

ALMASYR, P. – Primary health care the New Zealand way. **Bulletin of the World Health Organization**. 86:7 (Jul 2008) 505-506.

ALTSCHULER, J.; MARGOLIUS, D.; BODENHEIMER, T; GRUMBACH, K. – Estimating a reasonable patient panel size for primary care physicians with team-based task delegation. **Annals of Family Medicine**. 10:5 (Set/Out 2012) 396-400.

ANÍA, O.; MARTÍ, L. J.; RIGAL, M.; HUGUET, M. – La delegation de taches en soins primaires: les nouveaux roles des infirmieres en Catalogne. **Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales**. 49:2 (2009) 227-244.

ARNOLD, J.; JALLES, J. – Dividing the pie in Brazil: income distribution, social policies and the new middle class. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Departamento de Economia, 2014. [Em linha]. [Consult. 21 abril 2016]. Disponível em: <http://www.oecdilibrary.org/docserver/download/5jzb6w1rt99p.pdf?expires=1465145447&id=id&accname=guest&checksum=7F520A89AC7CA77A6DFF4BA724D6BCB2>

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR – 7 x 7 Medidas: novo ciclo para os cuidados de saúde primários. [Em linha]. Porto: Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar, 2015. [Consult. 16 março 2016]. Disponível em: <http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2015/10/7x7-medidas-novo-ciclo-para-os-Cuidados-de-Sa%C3%BAdede-Prim%C3%A1rios.pdf>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL – Investigação passo a passo. [Em linha]. Lisboa: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 2008. [Consult. 22 Jan. 2005]. Disponível em: <http://www.apmgf.pt/ficheiros/Investiga%C3%A7%C3%A3o%20Passo%20a%20Passo.pdf>

BAGANHA, M. I.; RIBEIRO, J. S.; PIRES, S. – O sector da saúde em Portugal: Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. Coimbra: Centro de Estudos Sociais. Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra, 2002. [Em linha]. [Consult. 11 abril 2016]. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/index.php?id=2652>

BARBER, P.; LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G. – Forecasting the need for medical specialists in Spain: application of a system dynamics model. **Human Resources for Health**. 8:24 (2010) 1-9. DOI: 0.1186/1478-4491-8-24.

BARROS, P. P.; LOURENÇO, A.; MOURA, A.; CORREIA, F.; SILVÉRIO, F. GOMES, J. P.; SOUSA, J.; MATIAS, M. A.; CIPRIANO, R. – Políticas públicas em saúde: 2011 – 2014. Avaliação do

impactos. [Em linha]. Lisboa. Universidade Nova, 2015. [Consult. 14 dezembro 2015]. Disponível em: [http://www.unl.pt/data/noticias/2015/estudo\\_impacto\\_saude/politicas\\_publicas\\_em\\_saude.pdf](http://www.unl.pt/data/noticias/2015/estudo_impacto_saude/politicas_publicas_em_saude.pdf)

BATEMAN, C. – Doctor shortages: unpacking the “*Cuban solution*”. **South African Medical Journal**. 103:9 (2013) 603-605.

BERG, N.; MEINKE, C.; HEYMANN, R.; FIB, T. SUCKERT, E.; PÖLLER, C.; DREIER, A.; ROGALSKI, H.; KAROPKA, T.; OPPERMAN, R.; HOFFMANN, W. – AGnES: supporting general practitioners with qualified medical practice personnel. **Deutsches Ärzteblatt International**. 106:1-2 (2009) 3-9.

BETHUNE, C.; HANSEN, P. A.; DEACON, D.; HURLEY, K.; KIRBY, A.; GODWIN, M. – La médecine familiale comme choix de carrière. Comment ce choix évolue durant les études médicales. **Canadian Family Physician**. 53 (Mai 2007) 880-885.

BIRRELL, B.; HAWTHORNE, L. – Doctor shortages and their impact on the quality of medical in Australia. **People and Place**. 10:3 (2002) 55-67.

BISCAIA, A. R.; MARTINS, J.N.; CARREIRA, M. F. L.; GONÇALVES, I. F.; ANTUNES, A. R.; FERRINHO, P. – Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos. 2.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2008.

BLUMENTHAL, D. – New steam from an old cauldron – the physician-supply debate. **The New England Journal of Medicine**. 350:17 (Abr 2004) 1780-1787.

BODENHEIMER, T. S. – Primary care: proposed solutions to the physician shortage without training more physicians. **Health Affairs**. 32:11 (2013) 1881-1886.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. – Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. 2:1 (Jan/Jul 2005) 68-80.

BOWER, E.; ENGLISH, C.; CHOI, D.; CEDFELDT, A. S.; GIRARD, D. E. – Education to return nonpracticing physicians to clinical activity: A case study in physician reentry. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**. 30:2 (2010) 89-94.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA. DAP – Política de Atenção Básica. [Em linha]. Brasília. Departamento de Atenção Básica, 2006. [Consult. 23 março 2016]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CREMESP – Demografia médica no Brasil. Volume 2: Cenários e indicadores de distribuição. Relatório de pesquisa – fevereiro de 2013. [Em linha]. São Paulo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013. [Consult. 12



fevereiro 2016]. Disponível em:  
<http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>

BONELLI, M. G. – As relações entre profissão e política: as experiências de interiorização dos médicos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 25:11 (Nov 2009) 2531-2535.

BORGES, J. L. J.; CRUZ, M. H. S.; LOPES, M. A. C. – O modelo organizacional da unidade de saúde familiar de Portugal. **Trabalho, educação e saúde**. 14:1 (Jan/Abr 2016) 199-220.

BRANCO, A. R.; RAMOS, V. – Cuidados de saúde primários em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 2 (2001) 5-12.

BROEIRO, P. – Gestor do doente ou um médico de família disponível. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**. 30 (2014) 218-220.

CAMPOS, C. V. A; MALIK, A. M. – Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**. 42:2 (Mar/Abr 2008) 347-368.

CARVALHO, G.; LAVOURAS, H.; ANDRÉ, I – O futuro dos centros de saúde. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2004. [Em linha]. [Consult. 14 abril 2016]. Disponível em:  
<http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/futuro-centros-saude.pdf>

CBC NEWS – More doctors keep working after retirement age. CBC News, 2011. [Em linha]. [Consult. 12 março 2016]. Disponível em: <http://www.cbc.ca/news/health/more-doctors-keep-working-after-retirement-age-1.1126254>

CHAN, B. T. B. – From perceived surplus to perceived shortage: What happened to Canada's physician workforce. Instituto Canadano para a Informação em Saúde, 2002. [Em linha]. [Consult. 11 abril 2016]. Disponível em: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/chanjun02.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/chanjun02.pdf)

CHEN, P. G. C.; MEHROTRA, A.; AUERBACH, D. I. – Do we really need more physicians? Responses to predicted primary care physician shortages. **Medical Care**. 52:2 (Fev 2014) 95-96.

COLWILL, J. M.; CULTICE, J. M.; KRUSE, R. L. – Will generalist physician supply meet demands of an increasing and aging population? **Health Affairs**. 27:3 (2008) 232-241. DOI: 10.1377/hlthaff.27.3.w232.

COLWILL, J. M. – Where have all the primary care applicants gone? **The New England Journal of Medicine**. 326 (1992) 387-393.

CONCEIÇÃO, C.; FRONTEIRA, I.; HIPÓLITO, F.; LERBERGHE, W. V.; FERREIRINHO, P. – Os grupos Alfa e a adesão ao Regime Remuneratório Experimental. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 21 (2005) 45-59.

COSTA, C.; SANTANA, R.; BOTO, P. – Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 7 (2008) 67-102.

CRANO, W. D.; BREWER, M. B.; LAC, A. – Principles and methods of social research. 3.<sup>a</sup> Edição. Nova Iorque: Taylor & Francis, 2015.

DECRETO-LEI n.º 413/71. Diário do Governo. N.º 228. I.ª Série. (27.09.1971), 1406-1434 – Promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência - Revoga determinadas disposições legislativas.

DECRETO-LEI n.º 83/96. Diário da República. N.º 143. I.ª Série-A. (22.06.1996), 1594-1595 – Prorroga temporariamente o contrato administrativo de provimento dos médicos internos que iniciaram os internatos de clínica geral e de saúde pública em 01 de janeiro de 1993.

DECRETO-LEI n.º 112/98. Diário da República. N.º 96. I.ª Série-A. (24.04.1998), 1854-1856 – Estabelece as condições em que podem ser prorrogados os contratos administrativos de provimento do pessoal médico após conclusão do internato complementar.

DECRETO-LEI n.º 117/98. Diário da República. N.º 103. I.ª Série-A. (05.05.1998), 1991-1994 – Estabelece o regime de remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral que exerçam funções nos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

DECRETO-LEI n.º 157/99. Diário da República. N.º 108. I.ª Série-A. (10.05.1999), 2424-2435 – Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

DECRETO-LEI n.º 296-A/98. Diário da República. N.º 222. I.ª Série-A. (25.09.1998), 4966(2)-4966(7) – Fixa o regime de acesso e ingresso e ingresso Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

DECRETO-LEI n.º 60/2003. Diário da República. N.º 77. I.ª Série-A. (01.04.2003), 2118-2127 – Cria a rede de cuidados de saúde primários.

DECRETO-LEI n.º 88/2005. Diário da República. N.º 107. I.ª Série-A. (03.06.2005), 3606 – Repristina o regime criado pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio e alterado pelo Decreto-Lei n.º 39/2002.

DECRETO-LEI n.º 23/2006. Diário da República. N.º 107. I.ª Série-A. (02.02.2006), 788-789 – Procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 117/98, de 05 de maio, prorrogando por seis meses o período de vigência do regime remuneratório experimental para os médicos de clínica geral que exerçam funções nos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

DECRETO-LEI n.º 298/2007. Diário da República. N.º 161. 1.ª Série. (22.08.2005), 5587-5596 – Aprova a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as unidades de saúde familiar em três modelos de desenvolvimento, A, B e C.

DECRETO-LEI n.º 28/2008. Diário da República. N.º 38. 1.ª Série. (22.02.2008), 1182-1189 – Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

DECRETO-LEI n.º 90/2008. Diário da República. N.º 104. 1.ª Série. (30.05.2008), 3082-3090 – Procede à oitava alteração ao Decreto-Lei n.º 296-A/98, de 25 de setembro, que fixa o regime de acesso e ingresso no ensino superior. Incorpora as alterações anteriores e republica-as.

DECRETO-LEI n.º 102/2009. Diário da República. N.º 90. 1.ª Série. (11.05.2009), 2812-2813 – Procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

DECRETO-LEI n.º 89/2010. Diário da República. N.º 140. 1.ª Série. (21.07.2010), 2769-2771 – Aprova o regime excecional de contratação de médicos aposentados pelos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde.

DECRETO-LEI n.º 67/2011. Diário da República. N.º 107. 1.ª Série. (02.06.2011), 3032-3041 – Extingue o Centro Hospitalar do Nordeste, EPE, e o Agrupamento dos Centros do Alto Trás-os-Montes I – Nordeste, cria a Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE e aprova os respetivos estatutos.

DECRETO-LEI n.º 238/2012. Diário da República. N.º 211. 1.ª Série. (31.10.2012), 6288-6297 – Procede à criação, com natureza de entidade pública empresarial, da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE, por integração do Hospital do Litoral Alentejano e do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral.

DECRETO-LEI n.º 94/2013. Diário da República. N.º 137. 1.ª Série. (18.07.2010), 4184-4185 – Prorroga o período de vigência do Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho, que aprova o regime excecional de contratação de médicos aposentados pelos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde.

DECRETO-LEI n.º 137/2013. Diário da República. N.º 193. 1.ª Série. (07.10.2013), 6050-6061 – Procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Procede ainda à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 81/2009, de 02 de abril, que estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, sedeados a nível nacional, regional e local.

DECRETO-LEI n.º 118/2014. Diário da República. N.º 149. 1.ª Série. (05.08.2014), 4069-4071 – Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados.

DECRETO-LEI n.º 53/2015. Diário da República. N.º 73. 1.ª Série. (15.04.2015), 1881-1882 –  
Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho, que aprova o regime  
excecional de contratação de médicos aposentados pelos serviços e estabelecimentos do  
Serviço Nacional de Saúde, e prorroga o prazo de vigência do mesmo.

DECRETO-LEI n.º 86/2015. Diário da República. N.º 98. 1.ª Série. (21.05.2015), 2669-2674 –  
Procede à definição do regime jurídico da formação médica especializada com vista à obtenção  
do grau de especialista e estabelece os princípios gerais a que deve obedecer o respetivo  
processo.

DECRETO-LEI n.º 101/2015. Diário da República. N.º 108. 1.ª Série. (04.06.2015), 3604-3605 –  
Estabelece os termos e as condições da atribuição de incentivos à mobilidade geográfica para  
zonas carenciadas de trabalhadores médicos com contrato de trabalho por tempo  
indeterminado, ou a contratar, mediante vínculo de emprego público ou privado, com serviço  
ou estabelecimento integrado no Serviço Nacional de Saúde.

DECRETO-LEI n.º 239/2015. Diário da República. N.º 201. 1.ª Série. (14.10.2015), 8957-8958 –  
Procede à sexta alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que estabelece o  
regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do  
Serviço Nacional de Saúde. Procede ainda à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 81/2009, de  
02 de abril, que estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de  
natureza operativa de saúde pública, sedeados a nível nacional, regional e local.

DESPACHO n.º 10942/2005. Diário da República. N.º 94. 2.ª Série. (16.05.2005), 7549 –  
Estabelece a composição do Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

DESPACHO n.º 24101/2007. Diário da República. N.º 203. 2.ª Série. (22.10.2007), 30419 –  
Estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar  
(USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a  
remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B.

DESPACHO n.º 10321/2012. Diário da República. N.º 148. 2.ª Série. (01.08.2012), 27140 –  
Determina que é constituído o grupo de trabalho para preparação da legislação sobre a  
metodologia de ação do enfermeiro de família.

DESPACHO n.º 9718/2015. Diário da República. N.º 166. 2.ª Série. (26.08.2015), 24460-24661 –  
Define, para a área hospitalar, as zonas geográficas qualificadas como carenciadas, por  
estabelecimento de saúde e especialidade médica, para os procedimentos de recrutamento  
abertos após a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 101/2015, de 04 de junho.

DESPACHO NORMATIVO n.º 97/83. Diário da República. N.º 93. I.ª Série. (22.04.1983), 1439-  
1453 – Aprova o Regulamento dos Centros de Saúde.

DESPACHO NORMATIVO 9/2006. Diário da República. N.º 34. I.ª Série-B. (16.02.2006), 1256-  
1258 – Estabelece a disciplina de lançamento e implementação das Unidades de Saúde

Familiar, criadas pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, como unidades estruturantes dos centros de saúde a reconfigurar.

DOAN, B. D. H. – Le numerus clausus des etudes medicales en France (1967-2009). **Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales**. 49:3 (2009) 341-363.

DUSSAULT, G.; FRANCESCHINI M. C. – Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. **Human Resources for Health**. 4:12 (Mai 2006) 16 p. DOI: 10.1186/1478-4491-4-12.

EISENHARDT, K. M. – Building theories from case study research. **Academy of Management Review**. 14:4 (1989) 532-550. DOI: 10.5465/AMR.1989.4308385.

EGGERTSON, L. – Yukon physician shortage taxes family doctors. **Canadian Medical Association Journal**. 174:6 (2006) 756. DOI: 10.1503/cmaj.060216.

ESCOVAL, A.; MATOS, T. T.; RIBEIRO, R. S. – A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 9 (2010) 41-57.

EURACT – Medicina geral e familiar: a definição europeia de medicina geral e familiar. Utrecht, Holanda. European Academy of Teachers in General Practice, 2005. [Em linha]. [Consult. 18 março 2016]. Disponível em: [http://www.apmgf.pt/ficheiros/Definicao\\_MGF-EURACT\\_2005.pdf](http://www.apmgf.pt/ficheiros/Definicao_MGF-EURACT_2005.pdf)

FERREIRA, P. L.; ANTUNES, P.; PORTUGAL, S – O valor dos cuidados de saúde primários: perspectiva dos utilizadores das USF: 2009. 1.ª Edição. Lisboa: Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2010.

FIGUERAS, J.; MCKEE, M.; MOSSIALOS, E.; SALTMAN, R. B. – Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Bruxelas. Observatório Europeu das Políticas e dos Sistemas de Saúde, 2006. [Em linha]. [Consult. 18 abril 2016]. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/98421/E87932.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf)

FODEMAN, J.; FACTOR, P. – Solutions to the primary care physician shortage. **The American Journal of Medicine**. 128:8 (2015) 800-801.

FREUNDLICH, N. – Primary Care: our first line of defense. [Em linha]. Washington. The Commonwealth Fund, 2013. [Consult. 14 abril 2016]. Disponível em: <http://www.commonwealthfund.org/publications/health-reform-and-you/primary-care-our-first-line-of-defense>

GEIGER, H. J. – Why don't medical students choose primary care? **American Journal of Public Health**. 83:3 (1993) 315-316.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. – Métodos de pesquisa. 1.<sup>a</sup> Edição. Porto Alegre, Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

GIL, A. C. – Métodos e técnicas de pesquisa social. 6.<sup>a</sup> Edição. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GLADU, F. P. – Perceived shortage of family doctors in Quebec. Can we do something about it? **Canadian Family Physician**. 53 (2007) 1858-1860.

GLASS, L. W. – Recruiting retired physicians to help solve a looming doctor shortage. [Em linha]. Washington. The Washington Post, 2015. [Consult. 14 dezembro 2015]. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/news/to-your-health/wp/2015/03/05/recruiting-retired-physicians-to-help-solve-a-looming-doctor-shortage/>

GLEITMAN, H. – Psicologia. 5.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (Manuais Universitários), 2002.

GOLDACRE, M. J.; DAVIDSON, J. M.; LAMBERT, T. W. – Retention in the British National Health Service of medical graduates trained in Britain: Cohort studies. **British Medical Journal**. 338:b1977 (2009) 5pp. DOI: 10.1136/bmj.b1977.

GOMES, C. – Cooperação entre Portugal e Cuba: regras aplicadas a médicos violam direitos fundamentais (notícia atualizada). [Em linha]. Lisboa: Newsengage – Media, Conteúdos e Comunidades, S.A.. Jornal Médico, 2014. [Consult. 22 Jan. 2016]. Disponível em: <http://www.jornalmedico.pt/2014/09/04/acordo-de-cooperacao-entre-portugal-e-cuba-regras-aplicadas-a-medicos-violam-direitos-fundamentais/>

GRAÇA, L. – Desenho, redação e aplicação de questionários e guiões de entrevista. Lisboa: Departamento de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2012. (Textos T; 1069). Distribuído no âmbito da disciplina de Métodos Qualitativos em Investigação Social e em Saúde.

GRAÇA, L. – Guião para o desenho de um projeto de investigação. Lisboa: Departamento de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2015. (Textos T; 834). Distribuído no âmbito da disciplina de Métodos Qualitativos em Investigação Social e em Saúde.

GRUMBACH, K.; HART, L. G.; MERTZ, E.; COFFMAN, J.; PALAZZO, L. – Who is caring for the underserved? A comparison of primary care physicians and nonphysician clinicians in California and Washington. **Annals of Family Medicine**. 1 (2003) 97-104.

GUTKIN, C. – Family physician shortages. Are nurses the answer? **Canadian Family Physician**. 54 (Mar 2008) 480.

HESPANHOL, A.; PEREIRA, A. C.; PINTO, A. S. – Insatisfação profissional em medicina geral e familiar: um problema intrínseco dos médicos ou das condições de trabalho? **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 16 (2000) 183-199.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, IP – Estatísticas da Saúde 2013. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2015. [Em linha]. [Consult. 12 abril 2016]. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=138737&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=138737&PUBLICACOESmodo=2)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, IP – Estatísticas da Saúde 2014. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2016. [Em linha]. [Consult. 12 abril 2016]. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=257402707&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257402707&PUBLICACOESmodo=2)

JANES, R.; Dowell, A.; Cormack, D. – New Zealand rural general practitioners 1999 survey – part 1: an overview of the rural doctor workforce and their concerns. **New Zealand Medical Journal** 114 (2001) 492-495.

JUAREZ, P. D.; ROBINSON, P. L.; MATTHEWS-JUAREZ, P. – 100% access, zero health disparities, and GIS: an improved improved methodology for designatind health professions shortage areas. **Journal of Health & Social Policy**. 16:1-2 (2013) 155-167.

KAMALAKANTHAN, A.; JACKSON, S. – The supply of doctors in Australia: is there a shortage? [Em linha]. Queensland. The University of Queensland, 2006. [Consult. 14 março 2016]. Disponível em: [http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:8209/econ\\_dp\\_341\\_0506.pdf](http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:8209/econ_dp_341_0506.pdf)

LAWSON, S. R.; HOBAN, J. D. – Predicting career decisions in primary care medicine: a theoretical analysis. **The Journal of Continuing Education in the Health Professions**. 23 (2003) 68-80.

LI, J.; SCOTT, A.; MCGRAIL, M.; HUMPHREYS, J.; WITT, J – Retaining rural doctors: doctors' preferences for rural medical workforce incentives. **Social Science & Medicine**. 121 (2014) 56-64.

LI, X.; COCHRAN, C.; LU, J.; SHEN, J.; HAO, C.; WANG, Y.; SUN, M.; LI, C.; CHANG, F.; HAO, M. – Understanding the shortage of village doctors in China and solutions under the policy of basic public health service equalization: evidence from Changzhou. **The International Journal of Health Planning and Management**. 30 (2015) 42-55.

LEI n.º 48/90. Diário da República. N.º 195. I.ª Série. (24.08.1990), 3452-3459 – Aprova a Lei de Bases da Saúde.

LESENDE, I. M. – Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria. Tendencia necesitada de hechos. **Atención Primaria**. 45:4 (2013) 181-183.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. – The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. **Health Services Research**. 38:3 (Jun 2003) 831-865.

MACKEAN, P.; GUTKIN, C. – Fewer medical students selecting family medicine. Can family practice survive? **Canadian Family Physician**. 49 (Abr 2003) 408-409.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. – Metodologia científica. 6.<sup>a</sup> Edição. São Paulo: Atlas, 2011.

MAROCO, J.; MAROCO, A. L.; LEITE, E.; BASTOS, C.; VAZÃO, M. J.; CAMPOS, J. – Burnout in portuguese healthcare professionals: na analysis at the national level. **Revista Científica da Ordem dos Médicos**. 29:1 (Jan 2016) 24-30.

MARTINS, J.; BISCAIA, A.; ANTUNES, A. R. – Professionals entering and leaving the portuguese health services system. **Sociologie et de Démographie Médicales**. 47:3 (2007) 275-291.

MARTINS, J.; BISCAIA, A.; CONCEIÇÃO, C.; FRONTEIRA, I.; HIPÓLITO, F.; CARROLO, M.; FERREIRINHO, P. – Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal parte II: como estamos, onde estamos e como nos sentimos. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 19 (2003) 627-635.

MCNAMARA, C. – General guidelines for conducting research interviews. Minnesota: Universidade do Minnesota, 2009. [Em linha]. [Consult. 18 março 2016]. Disponível em: <http://managementhelp.org/businessresearch/interviews.htm#translate-pt-PT>

MIGUEL, L. S.; SÁ, A. B. – Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2010. [Em linha]. [Consult. 18 abril 2016]. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/CSP1.pdf>

MORRIS, T. E.; WONG, E.; RAINES, E.; KARNEY, R. J. – Where are the doctors? Primary care physician shortage in the United States. Arlington: George Mason University, 2011. [Em linha]. [Consult. 03 abril 2016]. Disponível em: <http://journals.gmu.edu/index.php/newvoices/article/viewFile/5/5>

MORGAN, R. – Addressing health worker shortages: recruiting retired nurses to reduce mother-to-child transmission in Guyana. Snapshots from the field. Arlington: Family Health International Institute for HIV/AIDS, 2005. [Em linha]. [Consult. 03 abril 2016]. Disponível em: [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADJ274.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADJ274.pdf)

MOSCOVICE, I.; CASEY, M. – Options for increasing the supply of primary care physicians in rural Minnesota. Minnesota: University of Minnesota. School of Public Health. Division of Health Policy and Management, 2008. [Em linha]. [Consult. 14 março 2016]. Disponível em: [https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/5699/Increase\\_PC\\_Phy\\_Supply\\_in\\_Rural\\_MN.pdf?sequence=1](https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/5699/Increase_PC_Phy_Supply_in_Rural_MN.pdf?sequence=1)



MULVEY, H. J.; CULL, W. L.; JEWETT, E. A.; CASPARY, G. L.; KATCHER, A. L. – Leave of absence, retirement and reentry into the workforce. American Academy of Pediatrics, 2007. [Em linha]. [Consult. 12 fevereiro 2016]. Disponível em: <https://www.aap.org/en-us/professional-resources/Research/pages/Leave-of-Absence-Retirement-and-Reentry-into-the-Workforce.aspx?nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000-000000000000&nfstatusdescription=ERROR:+No+local+token>

National Health Service – NHS pension scheme: working after retirement factsheet, 2012. [Em linha]. [Consult. 02 março 2016]. Disponível em: [www.nhs.uk/pensions](http://www.nhs.uk/pensions)

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - Incertezas: gestão da mudança em saúde: relatório de Primavera 2004. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. [Em linha]. [Consult. 16 fevereiro 2016]. Disponível em: <http://www.opss.pt/node/211>

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015. [Em linha]. [Consult. 18 abril 2016]. Disponível em: [http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Relatorio\\_Primavera\\_2015\\_VF.pdf](http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Relatorio_Primavera_2015_VF.pdf)

OLIVEIRA, J.V. – Entrevistas. [Em linha]. Faro: Universidade do Algarve, 2000. [Consult. 2 março 2016]. Disponível em: <http://w3.ualg.pt/~jvo/ep/entre.pdf>

OLIVEIRA, V. M.; MARTINS, M. F.; VASCONCELOS, A. C. F. – Entrevistas em profundidade na pesquisa qualitativa em administração: pistas teóricas e metodológicas. [Em linha]. Campina Grande. Universidade Federal de Campina Grande, 2012. [Consult. 14 fevereiro 2016]. Disponível em:

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Conferência de Munique. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. 0 (Jul 2000) 7-11.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO – OECD Regions at a Glance: 2013. Publicações da OCDE. Paris. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2013. [Em linha]. [Consult. 19 abril 2016]. Disponível em: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/0413091e.pdf?expires=1466458436&id=id&accname=guest&checksum=E32F27CC5DC0432926749EABB379E00A>

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO – Health at a Glance: 2015. Publicações da OCDE. Paris. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2015. [Em linha]. [Consult. 21 abril 2016]. Disponível em: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071e.pdf?expires=1465146338&id=id&accname=guest&checksum=6829E1E83CF25F1C7F842637240A5004>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Primary Health Care. Report f the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 setembro 1978. [Em linha]. Genebra. Organização Mundial de Saúde, 1978. [Consult. 14 fevereiro 2016]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/1/9241800011.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? [Em linha]. Genebra. Organização Mundial de Saúde, 2004. [Consult. 23 fevereiro 2016]. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/74704/E82997.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Working together for health. [Em linha]. Genebra. Organização Mundial de Saúde, 2006. [Consult. 16 fevereiro 2016]. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – People at the Center of Health Care. Harmonizing mind and body, people and systems. [Em linha]. Genebra. Organização Mundial de Saúde, 2007. [Consult. 19 fevereiro 2016]. Disponível em: [http://www.wpro.who.int/publications/docs/PEOPLEATTHECENTREOFHEALTHCARE\\_final\\_lowres.pdf](http://www.wpro.who.int/publications/docs/PEOPLEATTHECENTREOFHEALTHCARE_final_lowres.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais que Nunca. Relatório Mundial de Saúde. [Em linha]. Genebra. Organização Mundial de Saúde, 2008. [Consult. 27 março 2016]. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf)

OSBORN, E. H. – Factors influencing students’ choices of primary care or other specialties. **Academic Medicine**. 68:7 (1993) 572-574.

PAWELCZYK, A.; PAWELCZYK, T.; BIELECKI, J. – Determinants of primary care specialty choice. **Polski Merkuriusz Lekarski**. 22:129 (2007) 233-238. Artigo em Polaco. Consultado apenas o resumo em inglês.

PECKHAM, C. – Medscape psysician lifestyle report: 2014. [Em linha]. Nova Iorque: Medscape, 2014. [Consult. 11 janeiro 2016]. Disponível em: <http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2014/public/overview#11>

PETERSDORF, R. G. – Commentary: primary care: medical students’ unpopular choice. **American Journal of Public Health**. 83:3 (1993) 328-330.

PEREIRA, T. L. S. – Unidades de Saúde Familiar: a evolução na gestão dos cuidados de saúde primários em Portugal. Porto: Faculdade de Medicina do Porto. Universidade do Porto, 2011. Monografia do Mestrado Integrado em Medicina 2010/2011.

PEPPER, C.; SANDEFER, R. H.; GRAY, M. – Recruiting and retaining physicians in very rural areas. **The Journal of Rural Health**. 26 (2010) 196-200.

PERALMAN, J.; FELIX, C.; SANTANA, R. – The great recession in Portugal: impact on hospital care use. **Health Policy**. 119 (2015) 307-315.

PHYSICIAN RETRAINING & REENTRY – Fact sheet. Physician Retraining & Reentry presented in collaboration with UC San Diego School of Medicine Faculty. [Em linha]. Camino del Mar, USA. Physician Retraining & Reentry, 2015. [Consult. 14 dezembro 2015b]. Disponível em: <http://prprogram.com/wp-content/uploads/2015/09/PRR-Fact-Sheet-10.28.15.pdf>

PHYSICIAN RETRAINING & REENTRY – The PRR Programme. [Em linha]. Camino del Mar, USA. Physician Retraining & Reentry, 2015. [Consult. 14 dezembro 2015b]. Disponível em: <http://prprogram.com/news-room/>

PINA, A.P.B. – Investigação e estatística com o EpiInfo. [Em linha]. Faro: Gabinete de Investigação e Estatística. Delegação Regional do Algarve. Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2005. [Consult. 21 janeiro 2016]. Disponível em: <https://prosilvio.files.wordpress.com/2015/03/investigac3a7c3a3o-estatc3adstica.pdf>

PISCO, L. – Main lines of action for reforming primary health care in Portugal. **Primary Health Care**. 15:2 (2006) 63-66.

PISCO, L. – A reforma dos cuidados de saúde primários. **Cadernos de Economia**. (Julho/Set 2007) 60-66.

PISCO, L. – Reforma da atenção primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 16:6 (2011) 2841-2852.

PONGSUPAP, Y.; LERBERGHE, W. V. – Choosing between public and private or between hospital and primary care: responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. **Tropical Medicine and International Health**. 2:1 (Jan 2006) 81-89.

PORTARIA n.º 993-A/98. Diário da República. N.º 272. I.ª Série-B. (24.11.1998), 6500(2) – Estabelece as atividades a desenvolver, o número de horas suplementares e os coeficientes para efeitos da determinação da remuneração dos médicos de clínica geral que prestam serviço nos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

PORTARIA n.º 308/2012. Diário da República. N.º 195. 1.ª Série. (09.10.2012), 5591-5593 – Cria o Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central, integrado na Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P., e extingue e integra por fusão no Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central os Agrupamentos de Centros de Saúde do Alentejo Central I e Alentejo Central II.

PORTARIA n.º 310/2012. Diário da República. N.º 196. 1.ª Série. (10.10.2012), 5629-5631 – Reorganiza vários agrupamentos de centros de saúde integrados na Administração Regional de Saúde do Norte, IP.

PORTARIA n.º 394-A/2012. Diário da República. N.º 231. 1.ª Série, 1.º Suplemento. (29.11.2012), 6832(2)-6832(5) – Reorganiza vários agrupamentos de centros de saúde integrados na Administração Regional de Saúde do Centro, IP e revoga a Portaria n.º 274/2009, de 18 de março.

PORTARIA n.º 394-B/2012. Diário da República. N.º 231. 1.ª Série, 1.º Suplemento. (29.11.2012), 6832(5)-6832(11) – Reorganiza vários agrupamentos de centros de saúde integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP e revoga a Portaria n.º 276/2009, de 18 de março.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR. DGES – Estudos e estatísticas: regime geral de acesso ao ensino superior público. [Em linha]. Lisboa. Direção-Geral do Ensino Superior, 2015. [Consult. 14 dezembro 2015]. Disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Acesso/Estatisticas/EstudosEstatisticas/Regime+Geral+ES+Público.htm>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Aposentações no Ministério da Saúde: ano de 2007. [Em linha]. Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde, 2007. [Consult. 14 janeiro 2016]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Aposentações\\_2007.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Aposentações_2007.pdf)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Estudo de necessidades previsionais de recursos humanos em saúde médicos: relatório final. [Em linha]. Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde, 2009. [Consult. 16 janeiro 2016]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oePlaneamentoRH/NecessidadesPrevisionaisdeRHemSa%C3%BAdem%C3%A9dicos/tabid/451/language/pt-PT/Default.aspx>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Contratualização em cuidados de saúde primários: Horizonte 2015/2020: Fase 5: Relatório final. [Em linha]. Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde, 2010a. [Consult. 18 fevereiro 2016]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Fase%205\\_Relatorio%20Final.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Fase%205_Relatorio%20Final.pdf)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Balanço social global do ministério da saúde 2009. [Em linha]. Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde, 2010b. [Consult. 18 fevereiro 2016]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Balanço%20Social%20do%20MS\\_2009.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Balanço%20Social%20do%20MS_2009.pdf)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Autonomia dos ACES. Agora, mais do que nunca. [Em linha]. Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde, 2011a. [Consult. 12 março 2016]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/autonomia\\_aces.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/autonomia_aces.pdf)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Balanço social global do Ministério da Saúde 2010. [Em linha]. Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde, 2011b. [Consult. 18 fevereiro 2016]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Balanço%20Social%20do%20Ministério%20da%20Saúde%202010.pdf>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Balanço social global do Ministério da Saúde 2011. [Em linha]. Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde, 2012a. [Consult. 18 fevereiro 2016]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Balanço%20Social%20Global%20do%20MS%202011.pdf>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Inventário de pessoal do setor da saúde: 2011. [Em linha]. Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde, 2012b. [Consult. 20 fevereiro 2016]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Inventário\\_vf.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Inventário_vf.pdf)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Balanço social global do Ministério da Saúde e SNS: 2012. [Em linha]. Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde, 2013a. [Consult. 18 fevereiro 2016]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Balanco%20Social%20Global%20do%20MS.pdf>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Inventário de pessoal do setor da saúde: 2012. [Em linha]. Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde, 2013b. [Consult. 20 fevereiro 2016]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Inventário%20dos%20profissionais%20do%20Sector%20da%20Saúde%207\\_06\\_2013\\_Final.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Inventário%20dos%20profissionais%20do%20Sector%20da%20Saúde%207_06_2013_Final.pdf)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Relatório de atividade dos Cuidados de Saúde Primários nos anos 2011 a 2013. [Em linha]. Lisboa: DPS. Núcleo CSP. Administração Central do Sistema de Saúde, 2014a. [Consult. 18 fevereiro 2016]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/f\\_381895\\_1.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/f_381895_1.pdf)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Balanço social global do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS): 2013. [Em linha]. Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde, 2014b. [Consult. 18 fevereiro 2016]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Balanço%20Social%20do%20MS%20e%20SNS\\_2013\\_26\\_12\\_2014\\_3.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Balanço%20Social%20do%20MS%20e%20SNS_2013_26_12_2014_3.pdf)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Inventário de pessoal do setor da saúde: 2013. [Em linha]. Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde, 2014c. [Consult. 20 fevereiro 2016]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Inventário%20dos%20profissionais%20do%20Setor%20da%20Saúde%20\\_Final.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Inventário%20dos%20profissionais%20do%20Setor%20da%20Saúde%20_Final.pdf)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Balanço social global do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS): 2014. [Em linha]. Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde, 2015a. [Consult. 18 fevereiro 2016]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/BS.pdf>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Boletim informativo recursos humanos estrangeiros no Ministério da Saúde: atualização 2011-2014. [Em linha]. Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde, 2015b. [Consult. 22 fevereiro 2016]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Boletim%20Informativo%20-%20Atualiza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20RHE%20\(2011-2014\)\\_JUNHO2015\\_Final.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Boletim%20Informativo%20-%20Atualiza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20RHE%20(2011-2014)_JUNHO2015_Final.pdf)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Inventário de pessoal do setor da saúde: 2014. [Em linha]. Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde, 2015c. [Consult. 23 fevereiro 2016]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Inventario\\_20150903\\_1100.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Inventario_20150903_1100.pdf)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Relatório. Candidaturas e constituição de USF e UCC. [Em linha]. Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde, 2016a. [Consult. 21 março 2016]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/estat\\_nacional\\_2016\\_01\\_04\\_11\\_25\\_59.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/estat_nacional_2016_01_04_11_25_59.pdf)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Circular informativa N.º 19/2016/URJ/ACSS. [Em linha]. Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde, 2016b. [Consult. 02 maio 2016]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20informativa%20n.%C2%BA%2019\\_2016.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20informativa%20n.%C2%BA%2019_2016.pdf)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Centros de Saúde e Unidades Hospitalares. Recursos e Produção 2012. [Em linha]. Lisboa. Direção-Geral da Saúde, 2015. [Consult. 10 fevereiro 2016]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/centros-de-saude-e-unidades-hospitalares-recursos-e-producao-do-sns-2012.aspx>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GTDCSP – Apoio ao Desenvolvimento Organizacional dos Agrupamentos de Centros de Saúde. [Em linha]. Lisboa. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 2012a. [Consult. 02 março 2016]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/3-apoioaosaces\\_evoluodasera\\_2012.09.30.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/3-apoioaosaces_evoluodasera_2012.09.30.pdf)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GTDCSP – Unidades de Saúde Familiar (USF) Conceito e prática em geometrias variáveis. [Em linha]. Lisboa. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 2012b. [Consult. 04 março 2016]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14-unidadessadefamiliar-conceitoeprticaemgeometriavariveis-v.2012-09.30.pdf>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GTDCSP – Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. [Em linha]. Lisboa. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 2012c. [Consult. 10 março 2016]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/1-quadrodeorientaoestratgicaparaodesenvolvimentodoscsp\\_2012.09.30\\_2.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/1-quadrodeorientaoestratgicaparaodesenvolvimentodoscsp_2012.09.30_2.pdf)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GTDCSP – Os Cuidados de Saúde Primários. [Em linha]. Lisboa. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 2012d. [Consult. 12 março 2016]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/15-ucc-recomendaesgtcdcsp-v.2012.09.30.pdf>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GTDCSP – Os Cuidados de Saúde Primários nas Unidades Locais de Saúde. [Em linha]. Lisboa. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 2012e. [Consult. 23 março 2016]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/6-ulsecsp\\_2012.09.30.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/6-ulsecsp_2012.09.30.pdf)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GTDCSP – Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP. Pressupostos para a sua implementação. [Em linha]. Lisboa. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 2012f. [Consult. 29 março 2016]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/22-papeldoenfermeirodesaudefamiliarinoscsp.pdf>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GTDCSP – Compatibilização dos procedimentos concursais gerais da Administração Pública com a nova organização dos Cuidados de Saúde Primários. [Em linha]. Lisboa. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 2012g. [Consult. 02 abril 2016]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/19-compatibilizaodosprocedimentosconcursais-v.2012.09.30.pdf>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GTDCSP – Suplemento. Unidades ponderadas. [Em linha]. Lisboa. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 2012h. [Consult. 02 abril 2016]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/24-suplemento-unidadesponderadas.pdf>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MCSP – Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Propostas de medida – Oito áreas. [Em linha]. Lisboa. Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2006. [Consult. 11 abril 2016]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Linhas%20de%20Acao%20Prioritaria.pdf>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MCSP – Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários. [Em linha]. Lisboa. Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007a. [Consult. 14 abril 2016]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Cuidados%20Continuados%20nos%20CSP.pdf>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MCSP – Os centros de saúde em Portugal: A satisfação dos utentes e dos profissionais. [Em linha]. Lisboa. Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007b. [Consult. 22 abril 2016]. Disponível em: [http://www.ago.com.pt/data/files/pdf/Partilhar%20saude/Portugal/CdSaude\\_Portugal\\_2007.pdf](http://www.ago.com.pt/data/files/pdf/Partilhar%20saude/Portugal/CdSaude_Portugal_2007.pdf)



PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MCSP – Agrupamento de Centros de Saúde. Unidade de Saúde Pública. [Em linha]. Lisboa. Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008. [Consult. 18 maio 2016]. Disponível em:

<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/ACES%20-%20USP.pdf>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SPMS – História do SNS. [Em linha]. Lisboa: Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2016. [Consult. 21 maio 2016]. Disponível em:

<https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SNS – Inscritos sem médico de família. [Em linha]. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde, 2016a. [Consult. 12 maio 2016]. Disponível em:

<https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-de-saude-primarios/gestao-de-recursos-humanos/>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SNS – Inscritos sem médico de família. [Em linha]. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde, 2016b. [Consult. 19 junho 2016]. Disponível em:

<https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-de-saude-primarios/gestao-de-recursos-humanos/>

QSP CONSULTORIA DE MARKETING – Entrevistas em profundidade. Porto: QSP Consultoria de marketing, 2016. [Em linha]. [Consult. 12 fevereiro 2016]. Disponível em:

<http://www.qspmarketing.pt/estudos-nao-padronizados/entrevistas-em-profundidade/>

RIBEIRO, J. S.; CONCEIÇÃO, C.; PEREIRA, J.; LEONE, C.; MENDONÇA, P.; TEMIDO, M.; VIEIRA, C. P.; DUSSAULT, G. – Health professionals moving to... and from Portugal. **Health Policy**. 114 (2014) 97-108.

ROTHSTEIN, M. A. – Who will treat Medicaid and uninsured patients? Retired providers can help. **Journal of Law, Medicine & Ethics**. (2011) 91-95.

RANSTAD, K.; MIDLÖV, P.; HALLING, A. – Importance of healthcare utilization and multimorbidity level in choosing a primary care provider in Sweden. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**. 32 (2014) 99-105.

REGULAMENTO n.º 126/2011. Diário da República. N.º 35. 2.ª Série. (18.02.2011), 8660-8661 – Define o perfil das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem em Saúde Familiar.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 86/2005. Diário da República. N.º 81. I.ª Série-B. (27.04.2005), 3202-3203 – Cria um grupo técnico para a reforma dos cuidados de saúde primários.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 157/2005. Diário da República. N.º 196. I.ª Série-B. (12.10.2005), 5981-5982 – Determina a criação de uma estrutura de missão para a reformas dos cuidados de saúde.



ROBB, N. – Interest in physician-buyout packages grows as more doctors contemplate retirement. **Canadian Medical Association Journal**. 156:6 (1997) 882-888.

ROCHA, P. M.; SÁ, A. B. – Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação. **Ciência & Saúde Coletiva**. 16:6 (2011) 2853-2863.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. – O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciências & Saúde Coletiva**. 13:1 (2008) 23-34.

RTP Notícias – Paulo Macedo, Ministro da Saúde, diz que é intenção do Governo reforçar os CSP e que esse facto é compaginável com o que já haviam referido acerca de atribuir médico de família a todos os portugueses. [Em linha]. RTP Notícias. (11 de janeiro de 2012). [Consult. 21 fevereiro 2016]. Disponível em: [http://www.rtp.pt/noticias/saude/ministro-da-saude-promete-medico-de-familia-para-todos-os-portugueses\\_v517190](http://www.rtp.pt/noticias/saude/ministro-da-saude-promete-medico-de-familia-para-todos-os-portugueses_v517190)

SANTOS, A. M.; Giovanella, L.; BOTELHO, H.; SOUSA, J. C. – Desafios Organizacionais para Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Portugal. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 39:3 (2015) 359-369.

SÁ, E. B. – Porquê escolher a especialidade de clínica geral. **Postgraduate medicine**. 23:1 (Jan 2005) 1 e 79.

SAKELLARIDES, C. – De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 2 (2001) 101-108.

SAKELLARIDES, C.; CASTELO-BRANCO, L.; BARBOSA, P.; AZEVEDO, H. – The impact of crisis on the health system and health in Portugal. In: MARESSO, A. [et al.] – Economic crisis, health systems and health in Europe. Reino Unido: Organização Mundial de Saúde em Parceria com o Observatório Europeu das Políticas e dos Sistemas de Saúde, 2015. 283-319.

SANTANA, P.; VAZ, A. – Planeamento e gestão dos recursos humanos. In: CAMPOS, L.; BORGES, M.; PORTUGAL, R. – Governação dos hospitais. 1.ª Edição. Alfragide: Casa das Letras, 2009. 127-148.

MARESSO, A. [et al.] – Economic crisis, health systems and health in Europe. Reino Unido: Organização Mundial de Saúde em Parceria com o Observatório Europeu das Políticas e dos Sistemas de Saúde, 2015. 283-319.

SCHEFFLER, R. M.; LIU, J. X.; KINFU, Y.; DAL POZ, M. R. – Forecasting the global shortage of physicians: an economic and needs-based approach. **Bulletin of the World Health Organization**. 86:7 (Jul 2008) 516-523.

SCHROEDER, S. A. – The making of a medical generalist. **Health Affairs**. 4:2 (1985) 22-46. DOI: 10.1377/hlthaff.4.2.22.

SENF, J. H.; CAMPOS-OUTCALT, D.; KUTOB, R. – Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. **Journal of the American Board of Family Medicine**. 16:6 (Nov 2003) 502-512.

SHI, L. – The Impact of Primary Care: A Focused Review. **Scientifica**. (2012) 1-22.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. – Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. Florianópolis, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. [Em linha]. [Consult. 16 fevereiro 2016]. Disponível em: [https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia\\_de\\_pesquisa\\_e\\_elaboracao\\_de\\_teses\\_e\\_dissertacoes\\_4ed.pdf](https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes_4ed.pdf)

SIMOENS, S.; HURST, J. – The supply of physician services in OECD countries. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2006. [Em linha]. [Consult. 18 janeiro 2016]. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/health-systems/35987490.pdf>

SISSON, P. – Retraining retired doctors to boost workforce. Local doctors program to help retired specialists enter primary care part time. [Em linha]. San Diego. The San Diego Union-Tribune, 2013. [Consult. 10 dezembro 2015]. Disponível em: <http://www.sandiegouniontribune.com/news/2013/Sep/03/glass-bazzo-primary-doctor-shortage/>

SOLER, J. K.; YAMAN, H.; ESTEVA, M.; DOBBS, F. A.; ASENNOVA, R. S.; KATIC, M.; OZVACIC, Z.; DESGRANGES, P.; MOREAU, A.; LIONIS, C.; KOTANYI, P.; CARELLI, F.; NOWAK, A.; AZEREDO, Z. A. S.; MARKLUND, E.; CHURCHILL, D.; UNGAN, M. – Burnout in European family doctors: the EGPRN study. **Family Practice**. 25 (2008) 245-265.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. – Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**. 83:3 (2005) 457-502.

STARKIENE, L.; MACIJAUŠKIENE, J.; RIKLIKIENE, O.; STRICKA, M.; PADAIGA, Z. – Retaining physicians in Lithuania: Integrating research and health policy. **Health Policy**. 110 (2013) 39-48.

STEPHEN, M. P.; LIAW, W. R.; TRAN, C.; BAZEMORE, A. W. – Estimating the residency expansion required to avoid projected primary care physician shortages by 2035. **Annals of Medicine**. 13:2 (Mar/Abr 2015) 107-114.

TSF Rádio Notícias – Mariano Gago, Ministro da Ciência e da Tecnologia, diz que falta de médicos tem «responsáveis» nos governos dos anos 80. [Em linha]. TSF Rádio Notícias. (24 de julho de 2008). [Consult. 12 março 2016]. Disponível em: <http://www.tsf.pt/portugal/saude/interior/mariano-gago-diz-que-falta-de-medicos-tem-responsaveis-nos-governos-dos-anos-80-971324.html>

VENTURA, M. M. – O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro**. 20:5 (2007) 383-386.

WATSON, D. E.; SLADE, S.; BUSKE, L.; TEPPER, J. – Intergenerational differences in workloads among primary care physicians: a ten-year, population-based study. **Health Affairs**. 20:6 (2006) 1620-1628. DOI: 10.1377/hlthaff.25.6.1620.

WEINBERGER, M.; ODDONE, E. Z.; HENDERSON, W. G. – Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? **The New England Journal of Medicine**. 334:22 (1996) 1441-1447.

WHITCOMB, M. E.; COHEN, J. J. – The future of primary care medicine. **The New England Journal of Medicine**. 351:7 (2004) 710-712.

WILLIAMS, S.; MICHIE, S.; PATTANI, S. – Improving the health of the NHS workforce: report of the partnership on the health of the NHS workforce. [Em linha]. Londres: The Nuffield Trust, 1998. [Consult. 12 dezembro 2015]. Disponível em: <http://discovery.ucl.ac.uk/16094/1/16094.pdf>

WRIGHT, B.; SCOTT, I.; WOLOSCHUK, W.; BRENNEIS, F. – Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine. **JAMC**. 170:13 (2004) 1920-1924.

XIX Governo Constitucional. Programa de Governo. [Em linha]. Lisboa. Presidência do Conselho de Ministros, 2011. [Consult. 14 janeiro 2016]. Disponível em: [http://www.portugal.gov.pt/media/130538/programa\\_gc19.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/130538/programa_gc19.pdf)

ZURRO, A. M.; VILLA, J. J.; HIJAR, A. M.; TUDURI, X. M.; PUIME, A. O.; COELLO, P. A. – Medical student attitudes towards family medicine in Spain: A statewide analysis. **BMC Family Practice**. 13:47 (2012). DOI: 10.1186/1471-2296-13-47.



## Anexos

### Metodologia (continuação)

#### A entrevista

Boni e Quaresma (2005), define entrevista como o *“processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”*. A entrevista é uma técnica através da qual o investigador se coloca diante do participante para quem faz perguntas com o objetivo de obter informações que contribuam para a investigação. Trata-se de um diálogo assimétrico em que o investigador se coloca sob as vestes de entrevistador a fim de recolher informações a partir do entrevistado, o qual, se apresenta como uma fonte de informação. A entrevista tanto pode utilizar-se em estudos descritos quantitativos como em estudos exploratórios descritivos (Marconi e Lakatos, 2005).

Os argumentos que defendem a utilização das entrevistas como métodos de recolha de dados na investigação qualitativa referem-se, principalmente, à exploração dos pontos de vistas dos atores sociais inseridos nos contextos de investigação, elementos essenciais ao conhecimento e à compreensão da realidade social. Com efeito, as entrevistas procuram explorar o que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem e desejam (Oliveira, Martins e Vasconcelos, 2012).

Gil (2008) enfatiza que, de um modo geral, existem três tipos de entrevistas que podem ser utilizadas numa investigação: entrevistas estruturadas, não estruturadas e semiestruturadas que de acordo com os autores se denominam de entrevistas em profundidade<sup>32</sup> que foram as utilizadas no nosso estudo.

De acordo com Oliveira (2012), as entrevistas em profundidade são uma técnica qualitativa que permite explorar um ou mais temas, com maior profundidade uma vez que o entrevistador, de acordo com a sua experiência e o desenrolar da conversa com o entrevistado, pode adaptar as questões colocadas de acordo com o diálogo estabelecido e crítico com a realidade. Sendo uma técnica qualitativa, a tentativa de “compreender” e/ou “explicar” determinado fenómeno ou realidade são as grandes razões da sua utilização. O carácter exploratório deste tipo de entrevistas torna-as aptas em qualquer tipo de investigação, mas são especialmente uteis na investigação de temas sensíveis e em temas onde exista pouco conhecimento sobre os mesmos.

Por sua vez, Flick (2009) destaca-nos que as entrevistas semiestruturadas têm atraído interesse dos investigadores e passaram a ser amplamente utilizadas, o que está associado à expectativa de que é mais provável que os pontos de vistas dos sujeitos entrevistados sejam expressos numa situação em que se utilizam entrevistas em profundidade do que recorrendo a entrevistas estruturadas.

---

<sup>32</sup> Quer a entrevista não estruturada quer a entrevista semiestruturada são consideradas como tipos de entrevistas inseridas na investigação qualitativa, dado que são flexíveis, por não se encontrarem “presas” a questões padronizadas e permitem obter profundidade de conhecimento nos fenómenos investigados. São por isso classificadas como entrevistas “em profundidade”.

Como vantagens deste tipo de entrevistas destacam-se a possibilidade destas (QSP Marketing<sup>33</sup>):

- Permitirem a exploração a fundo de temas mais sensíveis e complexos;
- Serem muito úteis no estudo de temas sobre os quais não existe conhecimento prévio;
- Permitirem o aprofundamento do conhecimento num determinado assunto específico;
- Serem passíveis de uma utilização complementar pré e pós estudos quantitativos.

Face a essas vantagens, e de acordo com Gill, *et al.* (2008), a utilização de entrevistas “*em profundidade*” deve ser apreciada e valorizada numa investigação qualitativa, sobretudo considerando a riqueza de informações que podem ser obtidas e a possibilidade de ampliar o entendimento dos objetos investigados através da interação entre entrevistador e entrevistados e entrevistador. Porém, ainda de acordo com os autores, a definição do método de investigação que deverá ser utilizado depende da natureza do objeto investigado, do problema de investigação e da abordagem paradigmática que guia o investigador. É neste sentido que Gill *et al.*, 2008, nos dão nota de que a entrevista é utilizada para recolher informações essencialmente subjetivas, os quais se relacionam com os valores, atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados.

Tendo em conta estes considerandos, as entrevistas realizadas neste estudo foram do tipo semiestruturado e, portanto, todas elas seguiram um protocolo no qual consta um conjunto de questões (Anexos). Porém, algumas questões foram sendo adaptadas durante a entrevista de modo a poder explorar-se assuntos relevantes em cada caso, dado que, como referimos anteriormente, a adaptação das entrevistas às circunstâncias permite auxiliar o investigador a compreender melhor as diferentes perspetivas de cada entrevistado, bem como a idiosincrasia do caso de estudo (Yin, 1994). Em média, as entrevistas com os médicos duraram 51 minutos e com os ex-governantes duraram 1h19min (Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge) e 56 minutos (Dr. Leal da Costa). Por razões de economia e de impossibilidade de tempo para o efeito, não foi possível entrevistar estudos de caso nas cinco ARS. Deste modo os estudos de caso circunscrevem-se a uma ARS, a qual, por questões de anonimato dos entrevistados não será divulgada.

Relativamente à sequência das questões semiestruturadas e elaboradas propositadamente para o efeito deste estudo procurou-se seguir a estratégia de McNamara (2009) quer em relação aos tópicos das questões, quer em relação à sequência das questões colocadas. Assim, relativamente aos tópicos das questões visou-se obter (1) as opiniões/valores dos entrevistados; (2) os pensamentos/percepções dos entrevistados; (3) o conhecimento acerca de factos; (4) o contexto de inserção. Quanto à sequência das questões procurou-se (1) envolver os inquiridos com perguntas de “aquecimento” antes de se passar às questões eventualmente controversas para aqueles; (2) permitir sempre o desenvolvimento do assunto por parte dos entrevistados ainda que acerca de temas paralelos e/ou por referência a experiências passadas.

De modo a permitir um adequado tratamento às entrevistas as mesmas foram objeto de gravação áudio após autorização dos entrevistados. De salientar que uma das entrevistadas, incluída no grupo de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar em

---

<sup>33</sup> <http://www.qspmarketing.pt/estudos-nao-padronizados/entrevistas-em-profundidade/>

funções nos CSP do SNS, e não obstante o compromisso do anonimato prestado pelo investigador, a mesma não aceitou que se procedesse à gravação tendo-se assim efetuado registo escrito dessa entrevista.

O grupo de políticos (Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge e Dr. Leal da Costa) além de aceitarem gravar a entrevista fizeram questão de referir que não pretendiam o anonimato pelo que autorizaram expressamente o investigador a transcrever os conteúdos das gravações que fossem pertinentes para dar resposta aos objetivos do presente estudo.

## O questionário

A fim de se obter a perceção dos ACES relativamente à política pública de contratação de médicos aposentados utilizou-se, como instrumento de recolha de dados, um questionário, cujo objetivo visava em “capturar” as diferentes sensibilidades de especialistas (Diretores Executivos dos ACES) nesta matéria.

A opção pela aplicação de um questionário justifica-se, por um lado, pela maior facilidade e celeridade na recolha de dados num período de tempo relativamente curto e, por outro, pelo facto de este instrumento permitir que os inquiridos expressem as suas opiniões com menor constrangimento, tendo em conta que são preenchidos na ausência do investigador e por anonimato.

Alternativamente à referida opção tomada, ainda se ponderou pela realização de entrevistas em profundidade aos Diretores Executivos dos ACES. Contudo, deparámo-nos com pelo menos dois obstáculos que conduziram à exclusão da aplicação desse outro instrumento de recolha de dados. Por um lado, o obstáculo decorrente da limitação óbvia de orçamento e de tempo para efetuar deslocações a todo o território continental, a fim de realizar entrevistas a todos os Diretores Executivos dos ACES, facto que levaria, necessariamente, a que se tivesse de selecionar uma amostra. Por outro lado, caso se tivesse optado pela seleção de uma amostra de ACES, e face à dimensão da população de ACES (44 ACES), teríamos sempre a dificuldade em optar por uma estratégia de seleção ao acaso<sup>34</sup> ou então seguindo a estratégia da amostra não probabilística<sup>35</sup>. Deste modo, tentando evitar os eventuais vieses de uma amostra e diante da impossibilidade de se entrevistarem os Diretores Executivos de todos os ACES, optou-se, em detrimento da realização das entrevistas, pela submissão censitária de um questionário a toda a população, isto é, a todos os Diretores Executivos dos ACES).

De notar ainda que os Diretores Executivos dos ACES não tiveram, por um lado, responsabilidades diretas na elaboração da política nem são, por outro lado, passíveis de serem contratados, enquanto tal, como médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, pelo que a recolha das respetivas opiniões daqueles gestores acerca de questões mais genéricas se considera “suficiente” por via da aplicação de um questionário.

Os questionários ou inquéritos são, por definição, listas e/ou séries ordenadas de perguntas<sup>36</sup>. Cada pergunta deve dizer respeito a alguma das variáveis previamente definidas

---

<sup>34</sup> Por amostra probabilística.

<sup>35</sup> Por amostra não probabilística, cuja escolha depende do investigador, por conveniência ou mediante determinados critérios por este definidos, os denominados critérios de inclusão, tais como por exemplo, selecionar para entrevista os respetivos Diretores Executivos cujos ACES tivessem mais de 10, 15, 20% ou mais de utentes sem médico de família.

<sup>36</sup> De acordo com Vilelas (2009), “os inquéritos são exclusivos das ciências sociais e partem da premissa de que, se queremos conhecer algo do comportamento das pessoas, o melhor, o mais direto e o mais simples, é perguntá-lo diretamente a elas. Trata-se portanto de requerer informação a um grupo socialmente significativo de pessoas acerca dos problemas em estudo, para logo, mediante uma análise do tipo quantitativo ou qualitativo, retirar as conclusões que correspondem aos dados recolhidos.”

(Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 2008). O questionário deve ser objetivo, limitado em extensão e estar acompanhado de instruções. As instruções devem esclarecer o propósito de sua aplicação, ressaltar a importância da colaboração do informante e facilitar o preenchimento.

Os questionários são particularmente úteis quando se pretende obter o mesmo tipo de informação de um grande número de pessoas (Valente, 2000).

O questionário construído e utilizado para o presente estudo é composto por dezassete questões (Anexo) divididas em duas partes (I) Diagnóstico do problema e (II) Possíveis. A construção do referido questionário seguiu a estratégia de Marconi e Lakatos (2011) pelo que o questionário foi elaborado em blocos temáticos obedecendo a uma ordem lógica na elaboração das questões colocadas. Para o efeito, procurou-se redigir as questões utilizando uma linguagem compreensível para o respondente, bem como formular questões evitando a possibilidade de interpretação dúbia. Além disso, procurou-se que cada pergunta focasse apenas um ponto a ser analisado pelo respondente. Por último, e ainda de acordo com a referida estratégia, procurou-se, além das perguntas iniciais de “aquecimento” que o questionário contivesse apenas as perguntas relacionadas aos objetivos da investigação, tendo-se evitado perguntas que, de antemão, se sabia que poderiam não ser respondidas com honestidade.

Para que o estudo ofereça boas perspetivas científicas, devem ser levadas em consideração certas exigências. Com efeito, num questionário tem de ser óbvio que o que é perguntado corresponde à operacionalização adequada da variável em estudo (Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 2008). Assim, para as perguntas simples, óbvias e lógicas e para perguntas independentes entre si a respetiva “validação” pode consistir simplesmente na confirmação de que a pergunta é clara e precisa, que obtém a informação que se procura conhecer e que, quem vai responder, compreende claramente o que é perguntado (Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 2008). Nem sempre é possível prever todas as dificuldades e problemas decorrentes de uma pesquisa que envolva a recolha de dados. Por exemplo, os questionários podem não funcionar, designadamente se as perguntas forem subjetivas, mal formuladas, ambíguas e/ou de linguagem inacessível (Marconi e Lakatos, 2005).

Com efeito, para se evitarem esses acontecimentos, o questionário deve ser analisado, criticado e testado previamente por peritos e/ou potenciais respondentes permitindo a reformulação da(s) falha(s) no questionário definitivo. Esse processo designa-se de “pré-teste”, embora pareça mais correto dizer-se “teste prévio” (Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 2008). Habitualmente o teste prévio, se for bem conduzido, leva a grandes alterações e aperfeiçoamentos no questionário inicial (Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 2008). O teste prévio pode ser aplicado a uma amostra aleatória representativa ou intencional dando origem aquilo que se denomina por pesquisa-piloto e, geralmente, é suficiente aplicar o teste prévio a um número de peritos e/ou respondentes correspondentes a 5 ou 10% do tamanho da amostra e/ou população a quem o questionário validado será aplicado (Marconi e Lakatos, 2005).

A fim de averiguarmos se o referido questionário se adequava ao objeto de estudo, submeteu-se o mesmo a um teste prévio com o objetivo de avaliar a sua adequabilidade, isto



é, a fim de verificar através de um grupo de respondentes, se as respostas eram suficientemente compreensivas, pertinentes e unívocas, bem como se existia uma sequência lógica das perguntas e se existia uma coerência global com os objetivos definidos.

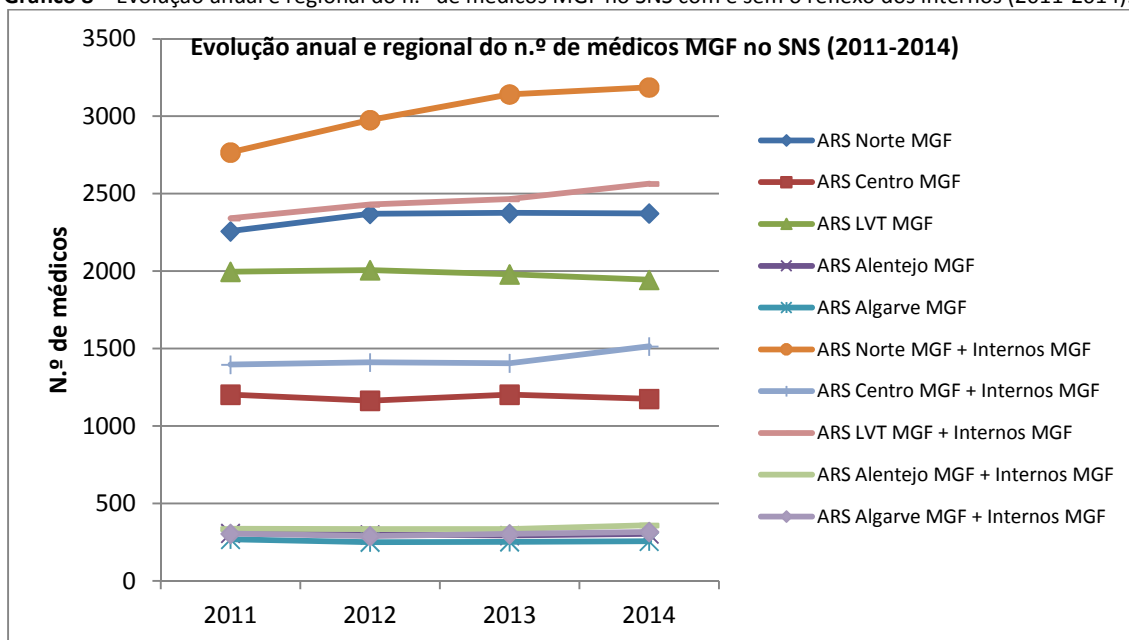
Deste modo, testou-se o questionário numa amostra de sete pessoas, uma delas ligadas à investigação em saúde (Doutor em Saúde Pública) e as restantes seis oriundas da área de administração e políticas públicas em saúde desenvolvendo a sua atividade como Dirigentes e como Técnicos Superiores na Direção-Geral da Saúde de Portugal.

Do teste prévio as principais dificuldades identificadas no preenchimento do questionário prendiam-se com três fatores, designadamente o elevado número de questões, a exigência de um nível de conhecimentos relativo para o seu preenchimento com consciência e, por fim, a falta de opções de algumas questões. A fim de se colmatar o primeiro fator, reduziu-se o número de questões, tendo sido eliminadas aquelas consideradas menos relevantes para a avaliação da perceção da política pública de contratação de médicos aposentados. Relativamente ao segundo fator, optou-se por se restringir o questionário aos Diretores Executivos de cada ACES (em regime de efetividade e/ou de substituição) e assim manter-se o nível de exigência de conhecimentos para preenchimento do questionário. Por sua vez, relativamente ao terceiro fator, introduziram-se mais opções nas questões fechadas e transformaram-se algumas das questões fechadas em questões de resposta aberta.

## Resultados (continuação)

### Quantitativos

**Gráfico 8 – Evolução anual e regional do n.º de médicos MGF no SNS com e sem o reflexo dos internos (2011-2014).**



**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados disponibilizados dos balanços sociais do Ministério da Saúde (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2010b; 2011b; 2012a; 2013a; 2014b; 2015a) e dos Inventário do pessoal do setor da saúde (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2012b; 2013b; 2014c; 2015b).

**Nota:** Os valores referentes às menções MGF englobam os médicos estrangeiros e os contratados aposentados, dado que se pretende refletir o efeito dos internos MGF em cada região entre 2011 e 2014.

**Quadro 2** – Variação do número de médicos estrangeiros MGF no SNS entre 2004 e 2014 (existência a 31 de cada ano).

<b>Médicos estrangeiros em Portugal</b>											
<b>Ano</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
MGF estrangeiros	606	643	607	639	550	435	466	486	485	495	473
Internos MGF estrangeiros	164	152	158	141	126	83	62	46	87	88	75
Sub-total MGF estrangeiros	770	795	765	780	676	518	528	532	572	583	548
<b>Rácio Internos MGF/Esp MGF (%)</b>	21,30	19,12	20,65	18,08	18,64	16,02	11,74	8,65	15,21	15,09	13,69
<b>Rácio sub-total MGF/Total (%)</b>	41,60	42,58	43,22	47,88	43,70	40,16	40,31	41,47	42,43	42,15	38,29
Esp Hosp	447	473	503	479	538	550	566	538	546	542	639
Internos Esp Hosp	606	577	475	335	301	205	197	187	199	220	209
Sub-total Esp Hosp	1053	1050	978	814	839	755	763	725	745	762	848
<b>Rácio Internos Esp Hosp/Esp Hosp (%)</b>	135,57	121,99	94,43	69,94	55,95	37,27	34,81	34,76	36,45	40,59	32,71
<b>Rácio sub-total Esp Hosp/ Total (%)</b>	56,89	56,24	55,25	49,97	54,23	58,53	58,24	56,51	55,27	55,10	59,26
SP	18	16	15	19	21	12	12	24	17	21	18
Internos SP	10	6	12	16	11	5	7	2	14	17	17
Sub-total SP	28	22	27	35	32	17	19	26	31	38	35
<b>Rácio Internos SP/Esp SP (%)</b>	35,71	27,27	44,44	45,71	34,38	29,41	36,84	7,69	45,16	44,74	48,57
<b>Rácio sub-total SP/ Total (%)</b>	1,51	1,18	1,53	2,15	2,07	1,32	1,45	2,03	2,30	2,75	2,45
<b>Total</b>	<b>1851</b>	<b>1867</b>	<b>1770</b>	<b>1629</b>	<b>1547</b>	<b>1290</b>	<b>1310</b>	<b>1283</b>	<b>1348</b>	<b>1383</b>	<b>1431</b>

**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados disponibilizados em Portugal. Ministério da Saúde. ACSS (2015b).

## Questionário

### Associações e sindicatos (continuação)

Em maio foram submetidos quatro inquéritos dos quais obtivemos duas respostas: Sindicato Independente dos Médicos (SIM) e da Associação Nacional da USF (USF-AN), o que reflete uma taxa de 50%. O resumo das respostas encontra-se em anexo

Relativamente às respostas, ambas entidades partilham da opinião de que a nível nacional o número de médicos é insuficiente. Quanto à distribuição regional da escassez por nível de cuidados, a USF-AN tem a perceção de que existe escassez nos CSP em LVT, no Centro e no Alentejo, sendo que no Algarve há escassez quer ao nível das especialidades hospitalares como na MGF. No Norte a USF-AN entende que não há escassez. O SIM entende que no Alentejo há escassez de ambos os níveis de cuidados (MGF e especialidades hospitalares). Para as restantes regiões apresentou uma perceção idêntica à da USF-AN. Como razões para essa escassez a USF-AN assinalou três razões principais: ineficiente organização do setor público, crescente oferta de cuidados de saúde privados com salários mais atrativos e a emigração para dentro e fora da União Europeia. Por sua vez, o SIM, deu destaque para a falta de médicos disponíveis para serem contratados, à crescente oferta de cuidados de saúde privados e ao reduzido *numerus clausus* para ingresso no curso de medicina.

Quanto às consequências da escassez, a USF-AN destaca a diminuição da acessibilidade aos cuidados de saúde e o agravamento das desigualdades. O SIM concorda com a diminuição da acessibilidade, porém acrescentou que a escassez de médicos pode colocar em risco a transmissão de conhecimentos aos novos médicos.

Para a USF-AN a expansão da oferta dos cuidados de saúde privados é negativa, pois desvia os profissionais de saúde do setor público para o privado. Posição diversa tem o SIM que considera essa expansão positiva, pois permite aumentar a acessibilidade dos cuidados de saúde às populações.

Relativamente à política pública de contratação de médicos aposentados a USF-AN destaca que a mesma é pontualmente positiva, contudo, ressalva para a necessidade de uma total transparência para que não se contratem médicos aposentados em detrimento de jovens especialistas. O SIM refere que a política tem caráter excecional e como tal apenas deve vigorar por curto período enquanto houver escassez.

Relativamente ao ajuste da contrapartida remuneratória oferecida pelo Estado de 30 para 75% aos aposentados que decidam regressar, quer a USF-AN, quer o SIM destacam que é provável que um pagamento mais atrativo venha a aumentar o número de médicos que decide regressar. A USF-AN salienta que além da questão remuneratória há incentivos que poderão melhorar essa adesão, porém, não referiu quais. Ambos tiveram respostas similares quando se questionou se a acumulação passasse para os 100%. Sendo que o SIM destacou que “os valores monetários têm importância na decisão.”

Questionados acerca de outros aspetos diversos da remuneração que possam atrair os médicos aposentados a regressar aos CSP do SNS, ambos destacam maiores flexibilidades no horário e listas de utentes mais curtas. A USF-AN destaca para a importância destes profissionais mais experientes poderem vir a fazer, além da parte assistencial, governação clínica e de saúde.

Relativamente à percepção se contratação de médicos aposentados será suficiente para mitigar a escassez de médicos de MGF, referiram que será importante efetuar mais vagas no internato MGF e **maior celeridade na colocação dos recém-especialistas** (USF-AN). Por sua vez, o SIM, destaca que se deve continuar a efetuar um esforço na formação.

Quanto à percepção relativamente aos *numerus clausus* a USF-AN entende que o número de vagas já é demasiado elevado e que a médio prazo podem vir a ser geradores de um excesso de médicos, provocando desemprego nesta profissão, forçando à emigração de médicos com o consequente desperdício de recursos. Por sua vez, o SIM entende que o número atual é suficiente dado que já foi aumentado no passado.

Relativamente à questão se os decisores políticos devem aguardar pela formação dos novos internos de MGF ou se devem procurar outras soluções mais rápidas, ambos referiram que se deve aguardar pela formação dos novos médicos, sendo que o SIM destaca que brevemente mais 400 médicos irão concluir o seu internato e que as aposentações vão começar a diminuir.

Quanto aos estímulos para a escolha da MGF enquanto especialidade a USF-AN destaca a necessidade de haver um maior contato com a MGF na licenciatura, bem como a criação de Unidades Formativas com condições estruturais. Por sua vez, o SIM refere que se deve iniciar o trabalho como USF do tipo B.

No que concerne aos fatores que podem contribuir para uma melhor fixação dos quadros médicos nos CSP a USF-AN entende que seria benéfico desenvolver mais USF de modelo B. Por sua vez, o SIM é da opinião que os incentivos à fixação na periferia, acrescidos de uma remuneração base associada a incentivos à produção são os fatores que mais podem contribuir para essa fixação.

Quanto ao enfermeiro de família a USF-AN entende que a delegação de competências por parte do médico de MGF não contribui para diminuir a escassez. Enquanto o SIM entende que isso ajudaria.

Por sua vez, em relação ao gestor do doente, ambos referem que esta figura em nada contribui para aumentar a eficácia ou a eficiência da utilização dos recursos, libertando alguns médicos para “atenderem” outros utentes. Sendo que o SIM acrescenta que não é desejável mais burocracia.

### **Gestores (continuação)**

Foram submetido Remeteram-se em maio cerca de quarenta e quatro inquéritos aos Diretores Executivos dos ACES, para resposta sob a forma de anonimato, indicando apenas a ARS a que pertencem. Após apresentação telefónica do estudo, e três insistências via correio eletrónico, espaçadas semanalmente, foram obtidas cerca de vinte e três respostas que representam (52,27%) do total o que é bastante representativo dado tratar-se de um estudo censitário. A nível regional a taxa de resposta foi de 53,33% nos ACES integrados na ARS Norte; 33,33% nos ACES integrados na ARS LVT e 100% nos ACES integrados na ARS Centro, do Alentejo e do Algarve. Face à nossa limitação de 50 páginas, os resultados do inquérito encontram-se em anexo. Porém, transcrevem-se, as percepções recolhidas relativamente às questões centrais.

Assim, relativamente à expectativa quanto à política pública de contratação de médicos aposentados os respondentes escrevem:

Uma política que tem o risco de ser tornar "injusta" uma vez que pode "retirar" vagas e oportunidades de colocação aos médicos "mais novos" ...)

A medida, ao impedir a escolha do profissional a contratar, torna-se cega. Há ótimos médicos que, por razões várias, optam por se aposentar, e há péssimos médicos que, com alívio, vemos ir para a aposentação. Ter de "grammar" com ambos e, ainda, dar-lhes um acréscimo salarial de 75% é um disparate de todo o tamanho. Se uns trazem todo um mundo de conhecimento, outros arrastam toda uma carga de vícios. Acresce que o mecanismo está a ser utilizado não para colmatar necessidades assistenciais, mas sim para outros fins.

Encaro-a como uma medida de carácter excecional para garantir MF para toda população.

A expectativa é negativa, pois no nosso ACES não conseguimos que nenhum voltasse

Não concordo. não há custo benefício .

Uma politica que tem o risco de se tornar injusta, uma vez que pode retirar o lugar a novos médicos.

Podem temporariamente resolver a escassez de médicos.

Uma politica inovadora uma vez que permite diminuir o n.º utentes sem medico de família

Ajuda, mas não resolve.

Melhorar o acesso dos utentes a medico de família.

Permitirem melhorar a acessibilidade sobretudo nos CSP e contribuírem para a transmissão de conhecimentos / boas práticas / integração do novos profissionais.

Baixas

Não se aplica no meu caso.

Uma politica inovadora uma vez que permite diminuir o n.º de utentes sem médico de família via redução da escassez de médicos de família

Baixa expetativa

Será uma alternativa provisória e curta, para garantir a acessibilidade dos cidadãos a cuidados de saúde, até a colocação de novos médicos de família preferencialmente.

Não Concordo. A oportunidade deve ser dada aos mais novos.

Penso que a política de contratação de médicos aposentados deve apenas servir como medida meramente temporária, uma vez que não só acarreta mais custos para o sistema, como não garante a continuidade do trabalho das equipas, nem a aplicabilidade de novos modelos de atuação e organização, para os quais os profissionais aposentados não se encontram preparados nem motivados.

Situação de desigualdade em relação aos médicos no ativo.

Permitir atividade clinica aos médicos aposentados, dando oportunidades de horários adequados e receber da parte deles a mais valia do seu conhecimento

Permite a diminuição do número de utentes sem médico de família; Dificuldade de adaptação às novas exigências. Pensamos que deva ser uma resolução temporária apenas para colmatar a necessidade urgente. Os novos profissionais devem ter garantidas as vagas. Seria importante analisar os motivos que levam os médicos a pedir reforma antecipada (condições de trabalho e remuneração).

Uma política inovadora uma vez que permite diminuir o n.º de utentes sem médico de família via redução da escassez de médicos de família.

O possível para se manterem os ratios médico/utente.

Relativamente à questão sobre se o SNS tem capacidade para atrair médicos de MGF face ao privado oferecendo 30% de acumulação enquanto no privado não há essa limitação:

Não.

Não. Existe clara assimetria. Amiguinha é a minha barriguinha e às vezes também me dói... A uniformização de regimes é imperativa: ou acumulam 30% na privada ou 100% no público. Ou passa a vigorar o regime da não acumulação (remunerada) de funções após aposentação.

Independentemente da possibilidade de entrada no sector privado, a remuneração proposta para médicos aposentados é muito baixa e pouco digna para estes profissionais.

Considero que não se consegue com estes valores concorrer com a privada, para onde a maioria dos aposentados vai.

não concordo . estamos a pagar a médicos com ordenados mais elevados podendo contratar médicos com ordenados mais baixos e com menos vícios de prescrição, o que aumentam os custos. Só é benéfico para os médicos com pivada que querem poder manter as suas prescrições e acesso aos utentes com o benefício de SNS ( transcrição de mcddt e receituário).

Sim.

É concerteza uma medida interessante para os aposentados

sim

Não

Claro que não. todos os profissionais têm direito a remuneração do seu trabalho.

Depende das circunstancias quer locais, quer pessoais / profissionais

Não.

Penso que sim pois muitos continuam a apoiar as antigas equipas e a seguir os mesmos utentes.

Difícilmente. Até porque, para além da questão salarial em determinadas circunstâncias o setor privado oferece melhores salários e indubitavelmente melhores condições de trabalho

Pouco provavel

Deve ser feito com muito cuidado, de modo a evitar a exclusão de novos médicos.

Não concordo. Na privada quem vai aposentado não regressa.

Parte da resposta já foi dada na questão anterior. Penso que o modelo não será jamais um problema, pois o exercício privado manter-se-à sempre, uma vez que na maioria dos casos se trata de trabalho complementar e não a tempo integral.

Sim, atendendo a que aumentam significativamente a remuneração auferida.

*Pensamos que a motivação para atrair médicos aposentados não é primordial só as remuneração mas sim a redução da logística inerente ao funcionamento*

*Será difícil. No nosso caso esta não é a realidade.*

*Correto. Não sendo a diferença tão significativa entre as remunerações da atividade privada e da atividade no sector publico, os médicos terão mais disponibilidade para reintegrar a atividade habitual que deixaram com regras específicas e com uma população conhecida.*

*Inegavelmente pode ser uma medida mais atractiva para que os médicos se mantenham no SNS, e é uma maneira de compensar as pensões baixas.*

Relativamente à questão sobre se a recente alteração da política em permitir uma acumulação de 75% da remuneração à pensão ou vice-versa (consoante o mais favorável):

*Não*

*No contexto deste ACeS, não se verificou adesão à medida, contrariando as expectativas. Isto talvez porque o que se vinha discutindo (desde 2014) era a possibilidade de acumular 100%. Frustração das expectativas dos profissionais? Por outro lado, assiste-se a forte investimento do sector privado que, a curtíssimo prazo (Junho/Julho), irá proceder à abertura de duas novas unidades hospitalares, estando para tal a recrutar o seu corpo clínico entre os médicos aposentados.*

*Considerando somente a remuneração parece que a questão se torna mais atrativa. No entanto, a pressão diária de trabalho não motiva a reentrada no sistema de saúde.*

*Em relação ao ACES onde me encontro, neste momento apenas 1 profissional aposentado demonstrou vontade em voltar. Os aposentados ,estão a trabalhar na privada e não pretendem voltar (remuneração mais atrativa).*

*não verifico isso na minha realidade*

*Sim*

*Sim. Embora as condições oferecidas sejam um fator a ter em conta.*

*sim*

*Sim, embora o dinheiro não seja a única razão que afasta os médicos do SNS.*

*Penso que sim. É uma solução mais equilibrada que a anterior.*

*É uma possibilidade*

*Pode ter um efeito marginal.*

*Penso ser pouco relevante.*

*Sim. Com aumento do valor de remuneração oferecido, haverá certamente mais médicos interessados.*

*Pouco provavel*

*Penso que sim, pois é muito aliciante.*

*Claro.*

*Não me parece que isso vá acontecer. Continuo a considerar que a medida deveria corresponder à maior contenção de custos possíveis e aplicar-se apenas durante um breve período de tempo.*

*Sim, tendo a atratividade da remuneração.*

*Pensamos que essa questão não é mais essencial*

*Pensamos que sim, monetariamente é mais benéfico.*

*Correto. A justificação é idêntica à da resposta anterior.*

*Penso que é expectável que haja um maior numero de médicos a regressar ao trabalho, e é um atractivo importante para esse facto.*

E se fosse possível uma acumulação de 100% da remuneração à pensão ou vice-versa (consoante o mais favorável):

*Sim*

*Sim*

*Sim.*

*Sim.*

*não*

*A expectativa era precisamente essa mas, como referi já, o investimento privado nos dois Hospitais, está a traduzir-se no recrutamento da sua mão de obra dentro dos médicos aposentados. O que poderá ser factor explicativo para a quase ausência de interesse.*

*Creio que a situação seria semelhante à anterior e eticamente incorreta.*

*Talvez, mas muitos rejeitam o sistema biométrico de assiduidade em vigência.*

*Não. A questão não é só a remuneração mas sim a promiscuidade público / privado*

*Acho que isso teria pouco impacto na decisão.*

*sim*

*Penso que devemos seguir as tendências do mercado e dotar o SNS de ferramentas que lhe permitam aguentar a pressão concorrencial dos privados na saúde, nomeadamente em termos de compensação financeira, humanas e equipamentos.*

*Sim! Pois as condições seriam mais atractivas sob o ponto de vista económico*

*Considero mais adequado.*

*Penso que não.*

*Sim. Respondido na questão anterior*

*Concerteza*

*Sim, pela razão anterior.*

*Resposta nas questões anteriores. Não me parece ser fator considerável, dado que não é a solução definitiva para o problema da falta de médicos.*

*Mesmo com esse valor o recrutamento se manterá baixo*

Possivelmente sim.

Correto. A justificação é idêntica à da resposta anterior.

Penso que mais viriam, e seria uma medida, mesmo que transitória, de alguma justiça.

*Relativamente a outros fatores além da remuneração que possam ser utilizados para atrair os médicos aposentados para os CSP:*

*Praticar apenas serviço de urgência*

*A possibilidade de integrarem USF modelo B, beneficiando do correspondente modelo remuneratório.*

*Menor pressão no quotidiano para não ficar subentendido que são um "remedeio".*

*Possibilidade de concentrar horários, sem listas atribuídas, fazerem consultas abertas...*

*Não há benefício em atrair esses médicos para os CSP*

*Possuírem listas de utentes mais curtas.*

*Redução da carga horária e consequente redução do nº de utentes.*

*possibilidade de concentrar horário de modo a obterem mais tempo livre*

*A diminuição da pressão no preenchimento de programas e mais programas, por vezes temerários, como por exemplo o SAPA.*

*Qualquer das propostas anteriores podem ser aplicadas dependendo apenas das particularidades da região em questão.*

*Horários mais atractivos, designadamente a tempo parcial que permitiria a esses médicos resolver muita situação pendente, como ficheiros incompletos / utentes a descoberto, complementos de horário, etc.*

*Assegurar a Formação.*

*Manter a ligação às unidades de proveniência. Permitir horários mais flexíveis e menos intensos.*

*As condições de trabalho, como sejam, instalações, sistemas de informação e maior flexibilidade no tipo de atividade desenvolvida.*

*Organização horários*

*Possuírem apenas listas de utentes e não exercerem urgências*

*Nem deviam regressar.*

*Essencialmente três aspetos: organização flexível do próprio horário; não sujeição aos sistemas governação clínica e monitorização de atividade e desempenho; não sujeição ao cumprimento de NOC's e orientações de procedimento.*

*Períodos livres.*

*Horários adequados ao interesse do profissional; logística informática mais facilitada; integração em bolsa de substituição; formação de jovens médicos*

*Não sendo a melhor solução para os CSP pode ser a possível. Para o profissional a negociação das condições de trabalho pode ser um incentivo.*

*Possibilidade de concentrar horário, de modo a se obterem mais dias livres e possuírem apenas listas de utentes e não exercerem urgências*

*As listas de utentes deveriam ser adaptadas à idade do médico e às opções de cada um.*

**Questionados sobre se a contratação de médicos aposentados será suficiente para mitigar a escassez da falta de médicos nos CSP e, solicitando, em caso negativo, algumas alternativas:**

*Sim*

*Sim*

*não. todos os médicos deveriam durante os 5 primeiros anos exercer a sua atividade nas unidades carenciadas e só depois ser permitida a sua mobilidade*

*Neste ACeS, a 31/12/2015, existiam 6,5% de utentes sem médico de família. A perspectiva é a de dar cobertura total até meados de 2017, recorrendo à contratação de recém-especialistas.*

*Por um lado melhorava a atribuição de médico de família, mas seria mais eficaz com uma política assertiva de gestão de RH e maior rapidez na concretização dos concursos.*

*Considero que não é medida para atribuir médico de família a todos os utentes. O que faria sentido era haver um período de carência, 3 anos, em que os recém-especialistas seriam todos colocados nos C Saúde e não poderiam emigrar ou trabalhar apenas na privada... ( como ocorreu com o serviço Médico à Periferia...)*

*não. Agilização de concursos para colocação de novos especialistas . Obrigatoriedade de prestação de serviço publico, durante x anos após terminar a especialidade*

*Não será suficiente, sobretudo em Lisboa onde as carências são enormes.*

*sim*

*Não.*

*Penso que sim.*

*Nesta fase e a titulo transitório é uma medida positiva*

*Não. Atribuição de utentes aos internos, sob supervisão de médico tutor.*

*Não. A análise de efetivos médicos, a distribuição dos mesmos pelo território nacional e a abertura de vagas deve ter um cariz nacional e não regional. Os médicos deveriam ser obrigados a permanecer no Serviço Nacional de Saúde por período temporal idêntico ao período de formação (internato médico)*

*Não. Aumentar o nº Utes por medico pagando um pouco mais e em função da produtividade e satisfação do utente e da Direção do Serviço*

*Não. Devem proceder a uma distribuição equitativa dos novos MF.*

*Colocar a trabalhar quem vai para fora do País.*

*Reajuste na política de numerus clausus que permita a formação de mais médicos; racionalização da distribuição de vagas para as especialidades, em função das reais necessidades; incentivos do governo em articulação com incentivos dos municípios à integração de médicos nas regiões do interior (quer nos CSP quer nos CH).*

*Sim.*

*Dar oportunidades aos recém especialistas de prestarem serviço em locais onde já estabeleceram raízes*

*Claro que não. Contratar os médicos.*

Não. Uma política de admissão de um maior número de médicos na especialidade de MGF poderá permitir atribuir médicos de família a todos os utentes.

Não será suficiente, haveria de se criarem condições, de facto, de discriminação positiva, nomeadamente para os médicos que viessem para o interior.

Relativamente à escassez de médicos nos cuidados de saúde primários, devem os decisores políticos aguardar pela formação dos novos médicos ou devem procurar outras soluções mais breves? Quais?

tornar os cuidados de saúde primários mais atrativos,

A alteração do modelo organizacional é indispensável. As UCSP têm de forçosamente evoluir para USF. Os incentivos pecuniários associados à produção, e à produção com qualidade, são essenciais. Tem de se evoluir para uma visão equalizadora dos CSP e dos CSH, em que aos CSH só se possa aceder através da referência do Médico de Família. A Urgência não pode, salvo situação de emergência, originar referência hospitalar (para internamento ou consulta).

Maior justiça na atribuição de incentivos nas carreiras.

Os decisores políticos devem procurar criar incentivos com expressão pecuniária e tornar os cuidados mais atrativos para que as zonas periféricas sejam contempladas com médicos.

Obrigatoriedade de prestação no serviço público durante x anos , atualização de lista de utentes /frequentadores. colocação de outros grupos profissionais .

Criação de incentivos para minorar a escassez nas zonas periféricas.

Evitar a emigração de médicos de família e a mobilidade para o sector privado.

criação de incentivos

Devem procurar outras alternativas. Por exemplo, colocar os médicos que terminaram o ano comum com sucesso e que não conseguiram entrar no internato complementar nas UCSP em vez de prestadores de serviço.

Criação de incentivos pecuniários e não pecuniários, equipas multidisciplinares, unidades funcionais dinâmicas.

Deverá ser dado enfoque ao desenvolvimento e adequação dos CSP como pilar do SNS e às políticas de continuidade e sustentabilidade. Nessa perspectiva obviamente que terá de haver lugar à formação e integração de novos médicos de preferência sem estes sobressaltos de escassez e de eventual excesso de profissionais, como tem acontecido. Contudo perante a escassez actual deve-se recorrer a outras alternativas, pois não é possível estar a adiar soluções à espera de reposição do quadro de pessoal com novos elementos.

outras soluções. Utilizar o internato para nacionais e estrangeiros (permitindo aos médicos da europa poder ser contratualizados!

Em poucos anos as situações de carência estarão resolvidas pelo que penso não ser necessários mais soluções. Contudo deve-se apostar na formação o mais próximo possível das áreas carentes para evitar a recusa dos profissionais serem mobilizados para zonas distantes de onde se formaram e acabaram por constituir família e se integram no meio.

Devem aguardar a formação de novos médicos

Não. aA 2ª hipótese do exemplo é correta

A criação de incentivos com expressão pecuniária e não pecuniária pode minorar a escassez de pessoal médico nas zonas periféricas

Sim.

Abordar de forma coerente um processo de racionalização da distribuição de vagas para as especialidades

Aguardar

Só existe escassez de médicos porque o esforço alcançado pela formação nos ACES, em idades que os internistas muitas vezes se definem, não é compensada com mobilidades que convidam à saída do SNS

Todas as referidas anteriormente.

A melhoria das condições de trabalho, a criação de incentivos com expressão pecuniária e não pecuniária pode minorar a escassez de pessoal médico nas zonas periféricas. Em algumas zonas do país existe muita escassez de recursos humanos de outros grupos profissionais, implicando o não acompanhamento adequado dos médicos em algumas das suas atividades, além de instalações e equipamentos pouco evoluídos, para não dizer obsoletos. Por estes motivos, desmotivam e procuram outros locais melhor apetrechados.

Todas as melhorias e em todos os aspectos do momento e vivências actuais são importantes e isso devia ser de imediato até para consolidação de realidades futuras.

Que tipo de estímulos se poderia propor de modo a se atraírem mais médicos para a especialidade de medicina geral e familiar?

estímulos familiares

Reponderação da lista de utentes (não pode ser exclusivamente baseada na estrutura etária). Divulgação da especialidade pelos alunos (é a especialidade mais bonita da Medicina...).

Na minha realidade já existe uma maior procura de MGF. Já para a saúde pública está totalmente ignorada pela tutela.

Além da remuneração mais atrativa, benefícios fiscais.

melhores condições físicas de exercício. valorização da especialidade perante os pares , efetiva , e não só de papel.

Alojamento.

Incentivar a evolução das USF para modelo B.

incentivo salarial

Incentivos financeiros. Organização em USF. definição de regras para manter extensões de saúde aberta. Priorizar os registos, será que é necessário fazer tantos registos em tantos programas? Melhorar a política de RH tendo por base que se tratam de profissionais complexos, em instituições complexas.

Dotar os CSP de condições de atratividade, meios humanos, reformular os sistemas remuneratórios, progressão nas carreiras.



*Incentivos à fixação envolvendo todos os actores ( autarquias, administração central), outra metodologia do cálculo remuneratório, com UC prevendo características sócio e geodemográficas. E também prever no início da carreira, à semelhança de outras profissões o incentivo à progressão na carreira, com contagens mais vantajosas de tempo de serviço (majoração) pela prestação de trabalho em zonas mais periféricas / desprotegidas.*

*remuneração pelo sucesso de cuidados de saúde!*

*Penso não serem necessários mais estímulos pois a especialidade parece ter bastante adesão no momento.*

*Aumentar o nível de intervenção dos médicos de MGF na gestão do processo assistencial do utente, por exemplo, atribuindo-lhes a função de "gestor" do doente*

*ver resposta 13*

*Tornar os cuidados de saúde primários mais atrativos, para além do referido na questão anterior.*

*Incentivos.*

*Mantenho a mesma resposta: a distribuição das especialidades deve (e já deveria antes) ser efetuada em função das reais necessidades do SNS e não de outros fatores, nomeadamente o interesse do próprio.*

*Nenhum.*

*O maior estímulo seria a estabilidade, ou seja após a colocação para o internato, desde que cumprisse os valores avaliados necessários, seria a continuidade nesse ACES*

*Os médicos neste momento já se interessam em vir para esta especialidade. De momento não existem vagas suficientes para esta especialidade.*

*Fornecer as condições descritas na resposta anterior com divulgação adequada.*

*Melhores vencimentos, incentivos de fixação, reforço nos equipamentos e possibilidades de diagnóstico nos cuidados primários.*

Relativamente à delegação de competências no enfermeiro de família como forma de melhorar o acesso aos CSP:

sim. realização das consultas intermédias por enfermeiros - hipertensos, diabetes, grávidas; prescrição de medicamentos para doentes crónicos por enfermeiros; os enfermeiros e outros profissionais assumirem a gestão das UCSP e USF porque libertavam os médicos para a realização de mais consultas

O processo de desmaterialização da receita médica foi uma oportunidade perdida para, desde já, solucionar o problema da medicação crónica. Um doente crónico, que seja observado periodicamente pelo seu médico de família, pode ter a sua medicação prescrita pelo seu enfermeiro de família. Este também pode realizar consultas no âmbito de programas, mas sempre em óptica de complementaridade e de qualificação dos cuidados prestados ao utente, nunca de substituição ou de "resolução do problema da escassez de médicos". É que, de acordo com todos os relatórios internacionais, Portugal possui escassez de enfermeiros.

Considero que as competências estão bem distribuídas e que se deve privilegiar a equipa MF/EF.

Penso que essa delegação de competências ajudaria muito a escassez de médicos, com a realização de consultas intermédias nas patologias crónicas, como HTA, Diabetes, seguimento de grávidas e prescrição de medicação crónica. Também a consulta de hipocoagulação poderá ser feita pelo enfermeiro de família.

A prescrição deve ser vedada aos enfermeiros . Podem no entanto fazer alguns procedimentos de vigilância de utentes ( Planeamento familiar, hipertensos controlados, diabetes controlados )

Realização de consultas por enfermeiro de família.

A delegação de competências não é uma solução.

sim

Não resolveria. As competências já estão repartidas.

Considero fundamental a implementação do enfermeiro de família, para prestar cuidados intermédios a doentes com patologia crónica, e áreas de vigilância nomeadamente, saúde infantil, saúde materna.

Há áreas que podem ser desempenhadas por enfermeiros e pelas UF actualmente existentes que permitiriam descongestionar a sobrecarga médica e não era necessário passar pela prescrição.

não considero como solução

Penso que a solução não passa por aí.

Sim, sem qualquer dúvida. Esta solução está testada noutros países

Podia melhorar

Considero que não se trata de uma delegação, mas sim, do reconhecimento das competências próprias dos enfermeiros para de consultas de vigilância dos grupos vulneráveis e de risco. Quanto à prescrição de medicamentos para doentes crónicos, entendo que hoje em dia não se coloca esta questão, visto estarem criados mecanismos de esta continuar a ser da responsabilidade do médico, sem que obrigue a muitas consultas médicas. deveriam existir protocolos que assegurassem a prescrição de apenas alguns medicamentos e MCDT, a realizar por enfermeiros.

Sem Resposta.

Não, até porque as competências são claramente diferenciadas. A criação da figura do Enf.º de Família parece-me mais relevante do ponto de vista do acompanhamento longitudinal do utente, bem como da sua integração num quadro familiar e local, e a articulação integrada com outros níveis de cuidados.

Não

no momento pensamos que os profissionais executam adequadamente as suas tarefas, só que perdem imenso tempo com registo informáticos que não dispensam aos utentes. Para resolução dessas questões no futuro terá que ser implementado um sistema de registo diferente

Cada grupo profissional tem competências muito bem definidas.

Sim, considero.

O enfermeiro de família ainda não passa de um projecto insuficientemente consolidado, contudo não concebo prestação de cuidados de saúde primários sem trabalho em equipa.

Relativamente à figura do gestor do doente poderia o mesmo contribuir para aumentar a eficácia e a eficiência dos cuidados prestados, “libertando” os médicos para a realização de mais consultas?

Sim

Sim

Sim

Não creio, até porque a figura do gestor do doente poderá ser um médico ou enfermeiro. Em termos programáticos não soa mal (quem não tem um gestor de conta?), mas a articulação entre cuidados ao nível micro afigura-se complexa.

Não.

Sim, considero de mais-valia a existência do Gestor do doente.

não concordo

Sim.

Não tenho opinião sobre este assunto.

sim

Não. O doente e a sua família deverão ser os gestores de si próprio e os nossos serviços deveriam estar capacitados para convocar o doente e para o orientar, através de uma comunicação efectiva e clara.

Penso que poderá contribuir no âmbito da equipa multidisciplinar para melhorar acesso a melhores cuidados de saúde.

Há questões que passam pela literacia em saúde do ponto de vista da utilização adequada dos serviços e isso ainda está muito incipiente.

sim!

Também não me parece necessário, com a quebra que vai existindo nas listas médicas, pelas limpezas que vão sendo efetuadas, poderiam adequar-se um pouco os rácios e dar mais tempo aos médicos para a consulta.

Sim.

Também

Não me parece que fosse acontecer. O gestor do doente parece-me que vá facilitar a abordagem integrada da intervenção multidisciplinar e multi-nível, mas, pelo contrário exigirá mais tempo e acarretará ainda mais desgaste aos profissionais.

Não

Poderá passar pelo criação da figura de gestor do doente, que registará os dados para os indicadores e funcionamento das unidades, dando a possibilidade aos médicos e aos enfermeiros de cuidar dos utentes

Não, podem é melhorar o desempenho.

Não.

Tenho algumas duvidas sobre a utilidade efectiva do gestor de doente, o gestor de doente é a equipa de saúde do doente.

## Decisores Políticos

### Entrevista Dr.ª Ana Jorge

**Nelson** – Em primeiro gostaria de saber como é que ocorreu à Dr.ª Ana Jorge a ideia de implementar a Política Pública de contratação de médicos aposentados? Qual foi a sua inspiração e o(s) seu(s) elemento(s) de referência(s), designadamente se foi a partir de literatura internacional e/ou por via dos seus pares e/ou vivências profissionais?

**1. Dr.ª Ana Jorge** – Não foi preciso inventar muito. Antes de política eu sou uma profissional de saúde que anda no terreno e, portanto, quando cheguei ao Ministério como Ministra da Saúde, vinha de um serviço, de toda uma carreira e portanto tinha contato com os meus pares e sabia o porquê deles se estarem a ir embora mais cedo...

**Nelson** – Mais cedo, refere-se a aposentarem-se antecipadamente?

**2. Dr.ª Ana Jorge** – Sim, isso, em determinada altura, apercebi-me que os médicos se reformavam do SNS não por terem deixado de gostar do que estavam a fazer, isto é, de trabalhar no SNS, mas porque tinha havido alterações à política de reformas e portanto, os médicos reformavam-se antecipadamente com receio de caso viessem a fazê-lo mais tarde ficassem ainda mais penalizados. E portanto, todos aqueles que tinham já muitos anos de serviço e que tinham uma penalização mínima, optaram por se reformar antecipadamente e isso veio desequilibrar por completo o SNS, sobretudo as USF ao nível dos CSP. Simultaneamente, começou a haver contatos de muitos médicos com o ministério, no sentido de “negociarem” a permanência ou um regresso caso lhes fosse dada a oportunidade continuariam a trabalhar e portanto, foi a partir daí que o Governo encontrou uma forma legal de se poder contratar os médicos reformados, pois havia interesse público em evitar uma debandada do SNS. Portanto, relativamente à política em si, surgiu ao aperceber-me dessas saídas acompanhadas de uma vontade em continuar, desde que houvesse condições e por isso veio então a construir-se a política. A política pública foi desenhada em torno de dois modelos diferentes de contratação de médicos reformados. Por um lado, aqueles que eram reformados antecipadamente, que são esses que queriam conservar as condições da reforma. Era como se congelassem a reforma e depois aquilo que era garantido era que ficavam com as condições de reforma dessa altura, acrescida/atualizada de eventuais descontos. Quanto aos resultados, enfim, não foram tão bons quanto o que se esperava. Como é evidente, desde esse tempo contrataram-se pouco para o CSP, tenho ideia de uns centos e poucos...

**Nelson** – Sim, à volta de 225 no total e desses cerca de 136 a 143 para os CSP, de acordo com dados disponibilizados pela ACSS...

**3. Dr.ª Ana Jorge** – Sim, de facto a política veio permitir que alguns continuassem a trabalhar, com benefício para o SNS que assim mantém esses médicos e com benefício para os médicos que além de receberem mais 30% ainda podem depois atualizar a sua reforma. Numa fase em que nós tínhamos um grande problema de falta de médicos considerou-se que tínhamos ali

uma possível estratégia contra aquilo que para nós seria termos um problema sério, a falta de médicos em número suficiente, que resultaram por variadíssimas e conhecidas razões...

**Nelson** – A quais se refere em concreto?

**4. Dr.ª Ana Jorge** – Olhe, desde logo o reduzidíssimo número de vagas dos cursos de medicina, o que levou a que essa falta de médicos estava a agravar-se face à média de idades que fazia antever um aumento ainda maior do número de reformas, sobretudo ao nível da medicina geral e familiar, facto que está relacionado com um grupo grande que tinha entrado na década de 80 dos quais perto de 3000 ou 4000 eram médicos de família e são esses que estavam e estão a sair, logo, como é óbvio um ritmo de saídas dessa escala *“abana muito qualquer sistema”*, pois não tínhamos sabido construir uma capacidade formativa ao que acresce o facto dessas saídas nos terem *“apanhado de surpresa”*, pois só estava previsto que parte desses médicos saíssem apenas dali a 5 ou 6 anos.

**Nelson** – Além disso, posso imaginar que não restassem muito mais medidas alternativas a curto prazo para o Governo, designadamente a previsão de barreiras à reforma, como por exemplo o aumento da idade da reforma para os médicos, pois essa medida seria, certamente considerada inconstitucional, além disso, imagino que talvez o Governo também tivesse considerado que também não seria desejável aumentar muito as idades das reformas não só a fim de se dar emprego aos mais novos, como também para se renovarem os quadros de pessoal e as instituições do SNS.

**5. Dr.ª Ana Jorge** – Sim, sim, claro que sim, sem dúvida, daí termos considerado a situação de carater excecional e termos construído esta política que muito bem identifica no seu trabalho, pois não poderíamos deixar as pessoas sem médico, isso não é possível num país como o nosso, e, portanto, essa foi a melhor opção que encontrámos na altura. Como é óbvio acompanhada de outras políticas....

**Nelson** – Quais?

**6. Dr.ª Ana Jorge** – Recordo-me por exemplo, da vinda dos médicos estrangeiros...

**Nelson** – Os médicos cubanos....

**7. Dr.ª Ana Jorge** – Sim, além disso também fizemos outras coisas, aumentámos as vagas para medicina e tentámos formar mais médicos especialistas, no entanto, tudo isso leva muito tempo a produzir resultados, demora muitos anos e portanto, não nos resolvia o problema na altura. Veja bem, são seis anos de curso, mais dois anos de ano comum (à data) e depois, para o caso da medicina geral e familiar, cerca de mais quatro anos de especialidade, portanto doze anos. E era urgente resolver o problema, não havia muitas alternativas portanto, tratou-se de uma medida de carácter excecional, pois o interesse público assim o determinava, com vista a dar tempo para que os médicos que entretanto tinham entrado para as universidades pudessem formar-se e tornarem-se especialistas. Ao mesmo tempo, como já referi, tomámos outras medidas, designadamente, a contratação dos médicos cubanos, pese embora por

períodos de três anos, pois não era para ser uma situação definitiva mas sim para complementar a política pública de contratação de médicos aposentados.

**Nelson** – De toda a extensa pesquisa da literatura internacional encontrei pouca literatura com referência à possibilidade de se contratarem médicos aposentados. Encontrei exemplos nos EUA e no Reino Unido. Parece fácil ter tido uma ideia como a sua ideia, mais não é, a sua ideia foi inovadora, pelo menos em Portugal...

**8. Dr.ª Ana Jorge** – Sabe que não foi nada fácil, pois houve muitas resistências até no próprio Governo, mas sobretudo na Administração Pública...

**Nelson** – Mas eles não queriam a sua ideia?

**9. Dr.ª Ana Jorge** – Perguntavam-me *“porque é que os médicos têm de ser diferentes, porque é que então também não podemos contratar os outros profissionais depois de se reformarem”*. E a resposta que lhes dava passa pelo interesse nacional como é também o facto de se nós *“decapitarmos”* rapidamente o SNS das pessoas com maior experiência deixamos de ter capacidade de formação e essa é uma outra preocupação muito grande com a qual, temo, ainda teremos de vir a lidar. Portanto, o facto de mantermos pessoas com mais experiência durante mais tempo dá a possibilidade de manter o conhecimento dentro do serviço. Portugal é reconhecido pela sua qualidade de formar bons profissionais de saúde.

**Nelson** – E a capacidade formativa é muito importante, sem ela não se transmitem os conhecimentos, nem se renovam os quadros. Das entrevistas que realizei aos *“médicos de família”*, foi-me referido que os novos médicos têm muitos conhecimentos tecnológicos e científicos, no entanto, precisam de adquirir conhecimento tácito junto dos médicos mais experientes...

**10. Dr.ª Ana Jorge** – Sim, sem dúvida que isso é verdade, o conhecimento e a experiência dos chefes de serviço é fundamental. Mas repare, ainda em relação à falta de médicos temos ainda um outro problema que foi o grande aumento da oferta de cuidados de saúde privados que surgiu naquela altura e que puxavam e puxam muitos médicos para trabalharem nesses serviços. Houve uma grande fuga de profissionais do público para o privado, ainda que não esteja bem quantificada, de diversos especialistas, onde se inclui, obviamente, médicos de família.

**Nelson** – Hospitais e clínicas privadas?

**11. Dr.ª Ana Jorge** – Sim, o sector privado tem vindo a crescer muito em Portugal, é um nicho de mercado em expansão em Portugal. Mas, as pessoas não se esqueçam que o privado não é alternativa ao SNS, quando muito será complementar e, portanto, além do problema das saídas por reforma tivemos também o problema da expansão dos privados que descapitalizaram o SNS. Claro está que as penalizações das reformas e o facto de não haver carreiras com progressões, tudo isso veio contribuir para o agravamento da situação. Nós sabemos. Veja bem, o facto de alguém não ser aumentado durante algum tempo é altamente

desmotivador. Mas nem sempre há dinheiro. E portanto, era preciso tentar formas alternativas. Disseram-me que *“não irão regressar muitos médicos aposentados”* outros levantavam a questão de uma eventual imoralidade de estarmos a pagar a quem já recebia uma reforma e que isso era pagar a dobrar, mas eu respondia, mesmo que regressem poucos o seu contributo será certamente muito importante....

**Nelson** – O mais importante, acima de tudo, será deixarmos de ter utentes sem médico, não será que isso é que é imoralidade?

**12. Dr.ª Ana Jorge** – Exatamente, claro que sim, não podemos deixar as pessoas sem médico, sem o acesso ao médico. Mas também veja bem que não podíamos estar a impedir que as pessoas, neste caso os médicos se reformassem, pois as pessoas têm direito a se reformarem, se trabalharam têm esse direito. Além disso, os médicos facilmente após se reformarem encontram complemento para a sua reforma em serviços privados e muitas vezes mais dos que os 30% que lhes estávamos a oferecer. Além disso, neste processo das reformas por antecipação os médicos não ganhavam mais, eles congelavam a reforma, ou seja, tinham a garantia de que quando se reformassem não teriam penalizações. Diferente é, o outro esquema que a política previu, para quem estava reformado com o tempo completo, esses sim é que acumulavam a reforma por inteiro com 30% da remuneração.

**Nelson** – Proporcional ao número de horas?

**13. Dr.ª Ana Jorge** – Sim. Portanto, neste regime dos 30%, mesmo um médico no topo da carreira, vai buscar ao final do mês à volta de 1500€.

**Nelson** – Portanto, sistematizando, os médicos que se aposentavam com recurso a mecanismos legais de antecipação da reforma (artigo 6.º, n.º 4) são remunerados de acordo com a categoria detida à data da reforma os restantes acumulavam um terço...

**14. Dr.ª Ana Jorge** – Sim, eles reformam-se, ficam com a reforma congelada e continuam a receber a mesma remuneração que tinham à data da reforma. Isto é, por um lado, tinham a garantia de que a respetiva reforma não sofrerá cortes adicionais, por outro lado, de que a sua reforma será atualizada por via de continuarem a trabalhar.

**Nelson** – E não se aperceberam que a adesão estava a ser pouca? Não vos ocorreu permitir uma acumulação superior a 30%, tal como o atual Governo veio agora efetuar com os 75%? Porque é que se manteve o regime remuneratório de 30% se teve a perceção de que o número de contratações que estavam a ser realizadas era baixo/insuficiente?

**15. Dr.ª Ana Jorge** – Veja bem, porque à data, sentimos, por um lado, que não tínhamos margem orçamental para darmos mais do que aqueles 30%. E além disso, não se esqueça que isto era uma política do Governo, e portanto, foi um Decreto-Lei que teve de ser discutido em Conselho de Ministros e *“entendeu-se”* que não se deveria estar a pagar *“duas vezes”* para os médicos trabalharem. Além disso, como já referi, tínhamos a questão das finanças e do

impacto orçamental. Acresce que existiam também as regras da Administração Pública estabelecidas em 2005 e que não permitiam uma acumulação de mais de um terço...

**Nelson** – Eu fiz esse estudo da legislação, tenho aqui comigo, refere-se ao Decreto-Lei n.º 179/2005 que prevê um terço...

**16. Dr.ª Ana Jorge** – Sim, isso mesmo, não se esqueça que as regras da Administração Pública são muito rígidas e um terço as Finanças lá *“deixou aprovar”*, mais do que isso eles não deixavam à data. Porém, é verdade que na altura a ideia com que fiquei e o próprio Governo ficou foi a de que face a alternativas do privado com maiores remunerações, poucos médicos iriam aderir ao terço que poderíamos oferecer, com exceção de alguns médicos, as quais tinham estado sempre em dedicação exclusiva e que nunca tinham trabalhado fora da Administração Pública e que queriam manter-se em atividade. Mas mesmo assim foram poucos, os tais, 140 nos CSP que mencionou. Onde isto, ou seja, onde esta política pública teve mais impacto foi ao nível das reformas antecipadas, abrandando-as. Agora o atual Governo conseguiu colocar o valor a acumular nos 75%, o que aumenta bastante o montante a receber, tornando-se por isso muito mais cativante do ponto de vista da remuneração e certamente permitirá a este Governo contratar mais médicos aposentados.

**Nelson** – E no seu tempo enquanto Ministra da Saúde, não teria sido possível oferecer esses 75% e colmatar a falta de médicos de família?

**17. Dr.ª Ana Jorge** – (Risos), não, porque repare, agora houve uma grande vontade política de se querer acabar com os utentes sem médico de família. No meu Governo, apesar de também existir essa vontade, estávamos já em crise. Recorde que foi em 2010 e as coisas já não se encontravam muito bem do ponto de vista financeiro para se proporem montantes desses. Não seria bem visto pelos políticos nem pelas Finanças. No entanto, também é verdade que agora ainda não saímos bem da crise mas a perspetiva é bem diferente. Sobretudo, porque as pessoas começaram a compreender com a crise isto *“poderia bater mesmo no fundo”* e portanto, nunca valorizaram tanto o SNS como agora e aí sim, quando se valoriza o SNS pode haver vontade política para se chegar aos 75% de acumulação e tentar então dar médico de família todos os portugueses.

**Nelson** – Fala-me de vontade política, a que se refere?

**18. Dr.ª Ana Jorge** – Olhe, desde logo o exemplo claro que tenho para lhe dar foi quando festejamos os 30 anos do SNS, e muito pouca gente fala nisto mas que para mim foi preocupante. Veja bem, estávamos em 2009, e quando eu vim para o Governo disse ao Primeiro-Ministro José Sócrates que vinha para o Governo para defender o SNS. E, portanto quando fizemos os 30 anos e eu quis comemorar e valorizar o SNS. Veja, tive inclusive reações um pouco estranhas do porquê estar a querer comemorar, mesmo dentro do meu Ministério. Uma desvalorização total. De tal maneira que eu pretendia aprovar em Conselho de Ministros um decreto acerca das comemoração do 30 anos do SNS e não me quiseram aprovar dizendo *“mas o que era isto dos dias do SNS, mas que coisa era esta”*. Como disse, mesmo no meu Ministério havia resistências em querer comemorar os 30 anos, as pessoas estavam

descontentes. No entanto, o Primeiro-Ministro lá acabou por se deslocar ao Ministério da Saúde em julho e pronunciar-se que era importante essa comemoração, alias, na própria campanha política de setembro de 2009 ele havia de salientar essa mesma importância do SNS. Como o Governo não quis o Decreto eu resolvi internamente e fiz um despacho ministerial. Cinco anos depois com o Governo da coligação PSD/CDS-PP, e em que as coisas no Ministério da Saúde também estavam más, fizeram uma festa dos 35 anos com “*pompa e circunstância*”, eles tiveram essa visão de destacar a importância de um SNS. Não estou a querer dizer que “*pompa e circunstância*” quisesse dizer porque gastaram muito dinheiro, pelo contrário, mas porque tiveram essa visão de comemorar e destacar a importância do SNS e fizeram-no de modo emblemático, tiveram de facto essa boa visão e com uma boa adesão. Paulo Macedo percebeu a importância do SNS e de que aquela comemoração era importante. Só a partir da crise é que as pessoas do próprio Ministério e também de fora, começaram a valorizar o SNS, até lá, só achavam que tudo funcionava mal e que o privado é que era bom. Portanto, quando nós falamos do SNS e dos médicos temos de falar necessariamente da valorização das carreiras. As políticas em saúde não são nem podem ser isoladas, são uma malha e complementam-se umas às outras. No entanto, há muita gente na Administração Pública que refere que o SNS não é sustentável, mas mesmo que até possam ter alguma razão acha que vamos destruir uma coisa boa que temos? Acha que sim? Portanto, temos de dar médico às pessoas. É um direito que todos têm. Daí ter construído uma política que permitisse contratar médicos aposentados porque os novos e os estrangeiros não nos chegavam.

**Nelson** – Sim, o Governo a seguir ao seu veio a prorrogar, por duas vezes, a política pública de contratação de aposentados....

**19. Dr.ª Ana Jorge** – Sim, sim, claro, nesse aspeto eles compreenderam lindamente que se deveria dar importância ao SNS e tentar combater a falta de médicos e esta política, ainda que fosse uma medida que permitisse obter poucos resultados, poucas contratações, admito, não deixou de ter a sua importância e o seu relevo no sentido de transmitir aos próprios médicos, mesmo em fim de carreira, que o Estado os valoriza.

**Nelson** – Sim, a valorização dos profissionais é uma questão muito importante. E a questão dos incentivos remuneratórios à periferia?

**20. Dr.ª Ana Jorge** – Sim, esse é outro exemplo da visão que eles tiveram na altura. Porque repare, não é só nos CSP que há falta de médicos, mesmo nos hospitais da periferia há problemas de falta de especialistas e daí essa medida que Paulo Macedo tomou.

**Nelson** – Voltando então à questão da escassez de médicos e no caso particular desta minha investigação que se centra nos CSP, como é que a Dr.ª Ana Jorge vê este aparente paradoxo da escassez de “*médicos de família*” na zona da grande Lisboa?

**21. Dr.ª Ana Jorge** – Vejo com muita preocupação. Repare que há muitos médicos que estão a sair e a ir para o privado, pois na zona da grande Lisboa há muita oferta de cuidados de saúde privados. Na periferia, como não existem tantos serviços privados, os médicos acabaram por sair devido à sua idade, pois grande parte dos médicos já não são novos. Daí que apesar do



problema agora ser na grande Lisboa, a falta de médicos poderá ainda continuar ou mesmo agravar-se na periferia à medida que os médicos mais velhos se reformarem. Não se esqueça, que muitos desses médicos da periferia que há pouco referi, não sei bem se serão, dois, três ou mesmo quatro mil e que uns por opção, porque acabaram por ali estabelecer relações afetivas, outros porque não conseguiram regressar aos grandes centros urbanos, vão acabar por se reformar nestes próximos 5 ou 6 anos. Não se reformam antecipadamente como sucede, por exemplo em Lisboa, porque não têm alternativa no privado, no entanto, acabarão por se reformar daí que provavelmente a política de contratação de médicos aposentados poderá ter de continuar, enquanto não se formam médicos internos em número suficiente, vamos ver. Veja bem, em Lisboa se eu ou um outro colega se reformar temos inúmeros serviços privados e serviços assistenciais, é fácil para um médico obter uma alternativa ao SNS, demasiado fácil, e portanto essa alternativa acaba por provocar a saída antecipada de alguns médicos, talvez mesmo de muitos médicos do SNS, por sua vez, na periferia já não é bem assim, mas quando atingirem a idade, os 70 anos, vão acabar por se reformar e aí teremos o problema, daqui a cinco ou seis anos no máximo.

**Nelson** – E o que acha de um novo serviço médico à periferia, adaptado à realidade de hoje?

**22. Dr.ª Ana Jorge** – Pensou-se nisso mas não é possível montar um serviço pelo menos com o ano comum nos moldes atuais de medicina tutelada. Teria de ser medicina autónoma. Agora, poder-se-ia perfeitamente efetuar um ano de medicina na periferia integrado na especialidade.

**Nelson** – E aí não iríamos um pouco tarde no sentido de que o médico já escolheu a sua especialidade? Vamos imaginar um interno de ortopedia? Fará sentido fazer um ano de serviço à periferia num centro de saúde?

**23. Dr.ª Ana Jorge** – Sim, mas fazem lá falta. Além disso, como referi, na periferia, não faltam só médicos de família. Neste momento, as vagas para medicina geral e familiar já não são as últimas a serem escolhidas.

**Nelson** – O paradigma alterou-se?

**24. Dr.ª Ana Jorge** – O ir para a periferia um ano teria vantagens do ponto de vista da formação e da criação de laços. Aquilo que tirei de mais positivo, porque eu ainda fiz o serviço médico à periferia, foi a experiência que adquiri fora. Eu estive durante dois mandatos no colégio da especialidade e uma das coisas que fizemos em termos do programa do internato foi alterá-lo, embora ache que agora, erradamente, vão tornar a alterá-lo. Nós, no estágio de cinco anos, colocámos um estágio de seis meses num centro de saúde a fim de praticar saúde infantil. E haja ou não pediatras nos centros de saúde vão à mesma fazer saúde infantil e isto resulta.

**Nelson** – E nesses seis meses são tutelados por quem?

**25. Dr.ª Ana Jorge** – Pelo médico de medicina geral e familiar. O que é importante que façam é o contato. Além disso, têm um ano num hospital periférico. Mas nestes seis meses no centro de saúde é importante e vantajoso. E nesse aspeto, a pediatria é a única especialidade com este tipo de estágio no centro de saúde. Mas também compreendo que para outras especialidades isso possa fazer pouco sentido. Mas podem ir para o hospital de Beja, Portalegre, por exemplo. Mas aí as pessoas dizem que têm filhos pequenos e outras coisas e portanto, não querem, há resistências. Mas isso implica uma organização da vida. Noutros países as pessoas andam de casa às costas e nalgumas profissões é assim e noutros países é assim. E hoje o país tem outras estradas que não tinha no passado. Tenho um colega que vai dormir quase todos os dias a Évora e leva uma hora. Lá que gasta gasolina gasta. Eu fiz serviço médico à periferia em Alcácer e demorava duas horas para cada lado. Além disso, no serviço médico à periferia tinha outra coisa, nós concoríamos à equipa. Havia mais trabalho de equipa. Não funcionou bem em todos os sítios. Mas é importante para criar vivências.

**Nelson** – Não sabemos é se não tivessem extinto o serviço médico à periferia se havia ou não carência de médicos de família.

**26. Dr.ª Ana Jorge** – Pois, não se sabe. Se calhar estaríamos diferentes. Nessa altura, em 1982, foi quando foi criada a especialidade de medicina geral e familiar recordo-me que as coisas não foram muito positivas no princípio. Foi porque se criou o espírito individualista. Ainda não havia o internato e acabou por haver um pouco a ideia de que *“os doentes são meus”, “os ficheiros são meus”*. De facto, naquele tempo, os doentes não eram do centro de saúde eram do médico. Se o médico estivesse de férias seria difícil alguém ver os doentes. Hoje, felizmente, ultrapassou-se isso. A medicina é uma profissão de carater tecnológico mas muito humanista e é necessário maturidade e isso adquire-se com a experiência, não vem nos livros.

**Nelson** – Curioso, uma entrevistada referiu-me algo parecido, que os internos, pelo menos alguns, com 24, 25 anos, que sabem muito mais do que ela relativamente a determinados aspetos teóricos mas que lhes falta alguma maturidade de ver a pessoa como pessoa e não como doença. Será que estamos a criar médicos muito técnicos?

**27. Dr.ª Ana Jorge** – É por isso que defendo, na minha especialidade, o contacto e a vivência com os centros de saúde. A maturidade, até mesmo para a autonomia, só se consegue adquirir trabalhando.

**Nelson** – E relativamente ao enfermeiro de família e as prescrições de medicamentos?

**28. Dr.ª Ana Jorge** – Quanto à prescrição de medicamentos defendo que tem de ser dos médicos. Agora outro aspeto importante é que nos CSP tem de haver mais enfermeiros. Quase na relação de dois enfermeiros para cada médico. Porque isso obrigaria a que acompanhassem grupos de famílias. Agora, entendo que o enfermeiro de família não serve apenas para medir as tensões, tem de seguir grupos crónicos. Por exemplo, os doentes hipertensos, se tudo estiver controlado apenas necessitam de ser vistos uma ou duas vezes por ano. Neste intervalo todo, pode ser visto pelo enfermeiro de família. Mede a tensão entende que está tudo bem, mantenha a terapêutica, não está, então vai ao médico. As profissões são diferentes. Os

médicos foram treinados para pensar, diagnosticar e tratar. Por sua vez, os enfermeiros foram treinados para cuidar. É diferente, os enfermeiros cuidam melhor que os médicos, têm um outro tempo, uma outra capacidade de estar com os doentes. Portanto, médicos e enfermeiros, se souberem trabalhar em equipa, melhor. Por exemplo, no hospital quando o médico quer saber o que se passou com o doente, lê o relatório do enfermeiro, ninguém pode seguir um doente numa enfermaria sem ler o relatório de enfermagem porque eles fazem os relatórios em todos os turnos e fazem-nos muito bem e com todos os pormenores. E isso o médico não faz, o médico não escreve. E portanto, o enfermeiro de família, bem aplicado, pode permitir que a população fique mais saudável. O enfermeiro não permite que o doente tome, por exemplo, três medicamentos iguais porque cada genérico tem um nome diferente e o enfermeiro confere isso tudo. Além disso, o enfermeiro tem uma relação muito mais próxima com os utentes. No entanto, para isso, a mentalidade dos médicos tem que mudar, pois o enfermeiro é um profissional que tem o seu valor. É um trabalhador da equipa, que tem competências complementares e por outro lado, o enfermeiro também não se põe a dizer que pode substituir o médico.

**Nelson** – No grupo de médicos em funções e naquele que regressou ao SNS, as maiores dificuldades sentidas foram as questões informáticas.

**29. Dr.ª Ana Jorge** – Penso que essas questões sejam residuais, pois os computadores ajudam-nos. Prescrever no computador é facto muito fácil, nem sequer temos de saber todos os medicamentos “*de cabeça*”. E portanto, com os médicos mais novos as questões informáticas acabarão por se solucionar. Do ponto de vista da prescrição a informática é um falso celeuma, primeiro porque é um facilitador e segundo porque tem lá o histórico e ainda por cima aparecem lá os genéricos, pois, enquanto médica também tenho de me preocupar se aquela pessoa tem dinheiro para cumprir com a terapêutica. E portanto, a informática, tirando casos pontuais, é um problema para alguns médicos e não um problema para si própria.

**Nelson** – Mas um dos entrevistados, a propósito da referenciação dos utentes referiu-me sérias dificuldades com os sistemas de informação...

**30. Dr.ª Ana Jorge** – Sim, nesse caso, aí sim, admito que a informática possa tornar-se bastante complicada. O sistema CTH, pode tornar-se complicado, mas isso será uma mudança de geração. Há outras situações em que poderão haver demasiadas codificações e o sistema ser demasiado estereotipado. Mas torno a dizer que é um problema de geração e que se resolverá com os mais novos.

**Nelson** – Outra questão com que me deparei nas entrevistas foi o facto de ARS e/ou o ACES não conseguir concentrar o horário para o médico aposentado que queira trabalhar parcialmente, possa vir a ter o máximo de dias livres, por exemplo trabalhar 12 horas seguidas nas urgências e assim ter mais dias livres.

**31. Dr.ª Ana Jorge** – Sim, mas nesse caso não estamos a resolver o problema das pessoas sem médico de família. Estamos, pois a resolver o problema da doença aguda. Portanto, se o médico estiver numa USF são responsáveis pelo utente e não há urgências. Nem há doença

aguda, porque ela é integrada dentro do trabalho. Ficam para outros CSP que não têm o modelo de USF. Aí eu não vejo impedimento, isto é, para atender os utentes sem médico de família. Eu acho que o médico de família deve atender todos os seus utentes.

**Nelson** – Mas veja Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge, se o médico de um modelo não USF, tem dois ou três dias para fazer urgência como é que consegue depois dar resposta a todos os seus utentes?

**32. Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge** – Mas qual urgência? No Hospital?

**Nelson** – Não, nos centros de saúde. No Alentejo há locais onde fazem urgências nos centros de saúde.

**33. Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge** – Mas fazem urgências para ver os utentes que não têm médico de família atribuído?

**Nelson** – Não, para ver todos os que aparecem por lá.

**34. Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge** – Então porque é que se têm médico não vão ao seu médico?

**Nelson** – imagine, se têm um caso agudo, mas que não justifica ir ao hospital e se o seu médico de família só dá consultas um ou dois dias por semana, não tem alternativa.

**35. Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge** – Mas esse é o problema, todos os médicos deveriam ter duas ou três vagas para consulta aberta não programada, por os doentes, a dividir por todos os médicos, seriam vistos.

**Nelson** – Mas com o devido respeito, imagine um determinado utente, tem um problema, mas nesse dia o seu médico encontra-se de folga, esse doente tem de ser visto por outro médico, não?

**36. Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge** – Se esse doente tiver a garantia que no dia seguinte o seu médico o vê, ele espera um dia pelo seu médico. Na maior parte dos casos será assim. Se for mesmo urgente, aí terá que ir para o hospital. É que este é o problema. Com a criação e a manutenção das urgências nos centros de saúde acabamos por não dar médico de família a muita gente e distorcer o sistema.

**Nelson** – Confesso que não tinha pensado por esse prisma, mas permita-me insistir... imagine alguém que sofreu uma picada de um inseto e é alérgico, ou um corte e necessita de dois ou três pontos, situações urgentes mas que podem perfeitamente ser solucionadas num centro de saúde, qual é então a sua solução para esses casos?

**37. Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge** – Vai ter com o seu médico de família.

**Nelson** – E se o médico da pessoa não estiver presente nesse dia?

**38. Dr.ª Ana Jorge** – Então terá de ir à urgência noutra sítio, não é?

**Nelson** – Mas já viu, por exemplo no Alentejo, alguém faz um corte ou é picado por uma vespa ou uma abelha e tem de viajar 30 km para ir à urgência do hospital?

**39. Dr.ª Ana Jorge** – Mas então porque é que alguém não vê isso e trata. Tem mesmo de estar alguém de plantão 12 horas à espera? É que depois aparecem essas situações e outras que não fazem sentido nenhum. É uma solução encontrada mas que perverte o problema de fundo. Eu consigo compreender que para o doente é facilitador mas isso prejudica a capacidade de organização dos serviços. E depois não fazem as consultas dos seus doentes porque completam o horário nas urgências e depois não estão lá. Não deve ser assim. No fundo, o médico de família deve ser encarado para tratar pessoas e não para ver agudos. E portanto, é isso que fazem as USF.

**Nelson** – Então na sua opinião deveríamos acabar com este modelo de urgências e substituí-las por USF?

**40. Dr.ª Ana Jorge** – Claro, pois as horas de urgência podem e devem ser transformadas em horas de consulta. O que não quer dizer que em certos locais não possam por exemplo, haver ao sábado e ao domingo seis horas de consulta aberta para as pessoas que de algum modo não tiveram possibilidade de se deslocar noutra dia, ou por uma situação que lhe apareceu e/ou se estão em Montemor-o-Novo para não terem de ir para Évora. Aí parece fazer-me sentido haver um atendimento mas nunca de 10 ou 12 horas. Olhe há uns anos, recorde-me de um exemplo, no Entroncamento que tinha um problema de listas de espera com médicos de família. Ora, os médicos conseguiram organizar-se e assegurar que todas as pessoas que iam ao centro de saúde tinham consulta no dia que iam lá. Fizeram um esforço imenso ao princípio. Mas sabe o que sucedeu ao final de algum tempo?

**Nelson** – Não

**41. Dr.ª Ana Jorge** – Diminuiu o número de consultas e as pessoas tinham todas consultas quando queriam. Uma programadas e outras mesmo não programadas conseguiam-nas à mesma. E sabe porque é que isto aconteceu? Porque se as pessoas quando têm um problema e sabem que serão atendidos dali a um, dois ou três dias, não ficam ansiosos e esperam um pouco até ter a sua consulta. Mas ao princípio, antes deste sistema implementado, marcavam a consulta mesmo sem precisar dela, apenas por receio de precisarem e não terem consulta e portanto, esse comportamento bloqueia o sistema. Mas um grupo de médicos organizado conseguiu resolver o problema. Ora isto significa que organização e a transmissão à população do sentimento de que têm a garantia de que não estão muito tempo à espera da sua consulta não têm tanta necessidade.

**Nelson** – Se me permite insistir neste tema. Vamos imaginar em conjunto um cenário. Uma Determinada população, por exemplo de 10000 utentes, de um determinado centro de saúde com 8 médicos. O que nos dá uma listagem média de 1250 utentes por médico e em que para simplificar o cenário, todos têm médico de família.

**42. Dr.ª Ana Jorge** – Portanto, se eu sou médica de família nesse centro de saúde estou lá todos os dias e portanto tenho obrigação de ver todos os meus utentes.

**Nelson** – Mas nesse caso o médico não consegue cumprir com as 11 horas de abertura do centro de saúde?

**43. Dr.ª Ana Jorge** – Mas tem de se ajustar o horário. Raras serão as vezes em que o doente não pode esperar das 11 para as 15h, mas a maior parte das vezes pode. E pode mais se tiver a garantia de que vai ao seu médico que tem a sua ficha, que o conhece. Ora naquele dia acordou com uma dor de cabeça, com febre ou com uma pontada e sabe que o seu médico não o pode ver às 9 ou às 10, mas pode às 15 horas? Ora, esse doente vai esperar um pouco. Ou então, adoeceu às 15h, mas o seu médico nesse dia já não pode, mas no dia seguinte às 9h da manhã já pode, ora o doente se calhar espera. Isto tem a ver com a educação da população e que não se faz de um dia para o outro. Tem de se fechar os SAP's, pois são uma má prática do ponto de vista da medicina. Então se forem com empresas é horrível, são gastadores, não sabem nem querem saber o que a pessoa já está a tomar, por isso é que às vezes há casos em que as pessoas já estão a tomar três e quatro coisas iguais. Tudo isto implica que os médicos façam 12 consultas num dia e deixar 2 ou 3 de consulta aberta. Eu quando estava no Ministério discutia isto com os colegas médicos. Eu sou uma defensora da medicina geral e familiar. Apesar de ter fechado montes de SAP's mantenho uma boa relação com os médicos de família, pois acabaram por entender que este deve ser o modelo a seguir. Tratar as pessoas e não as doenças. Em Lisboa fecharam todos comigo na ARS.

**Nelson** – Mas a Dr.ª Ana Jorge recorda-se da contestação de que essas medidas foram alvo?

**44. Dr.ª Ana Jorge** – Só houve contestação quando as pessoas não sabem fazer as coisas. Eu sou autarca, faço parte de uma Assembleia Municipal e eu defendia o fecho do SAP na minha terra e fechou.

**Nelson** – E os seus pares deputados não lhe quiseram *“apontar o dedo”*?

**45. Dr.ª Ana Jorge** – A princípio sim. Mas eu expliquei as razões e de que seria para funcionar melhor, com mais acesso. E o que se fez, fechou-se o SAP porque aquilo não tinha sentido era uma falsa ideia de segurança. E assim, passaram a ter mais horas de consulta e passaram a ter e aí sim eu defendo isso, um horário ao sábado e um horário ao domingo, há pessoas que têm uns pensos e outras situações e necessitam de lá ir.

**Nelson** – Mas aí já não é o médico de família da pessoa?

**46. Dr.ª Ana Jorge** – Não, aí nesses casos pontuais admite-se um médico escalado. Mas aí os utentes sabem que o banco está aberto das 14h às 20h e ao domingo de manhã. Portanto, as pessoas vão à missa e esse horário será o que dá mais jeito. Quando isto foi feito deu *“algum sururu”* mas as pessoas perceberam que as horas que estavam ali foram transformadas em consultas.

**Nelson** – Então entende que a questão das urgências nos centros de saúde poderá ser cultural?

**47. Dr.ª Ana Jorge** – Claro, pois se as horas das urgências forem transformadas em consultas, as pessoas esperam um ou dois dias e vão ao seu médico.

**Nelson** – Por exemplo, outra questão que alguns médicos me suscitaram nas entrevistas foi relativamente à necessidade de terem de passar atestados para situações benignas de 1, 2 ou mesmo 3 dias, tais como constipações ou gastroenterites ligeiras ou moderadas. No seu entender, se os primeiros três dias de baixa médica não são remunerados, até que ponto faz sentido a pessoa ter de se deslocar ao SAP para ir buscar um atestado se está com uma constipação ou uma gastroenterite e precisa de ficar dois ou três dias em casa e sabe tratar-se? Não estamos aqui a consumir recursos desnecessários por via da burocracia? Recorde-se o exemplo da Gripe A? Se a pessoa tem uma constipação ou os seus filhos, e já sabe como é que se trata, pois é uma situação benigna, valerá a pena ainda assim ter de ir ao médico “apenas” para este lhe passar uma justificação para um dia e/ou um atestado até três dias?

**48. Dr.ª Ana Jorge** – É uma questão a resolver, estou de acordo que não faça sentido mas aí não é um problema do Ministério da Saúde. De facto, a pessoa dava a sua palavra de honra em como estava doente e resolvia-se, até porque como refere não há lugar a pagamento nesses dias. Mas sabe, as pessoas têm a ideia de que os portugueses são prevaricadores. Poderia ser interessante experimentar e ver o resultado.

**Nelson** – Então se me permite, para sistematizarmos esta nossa conversa, esta política surgiu devido à escassez de médicos que se fazia sentir pelo elevado número de aposentações que estavam a ocorrer, sobretudo aquelas ocorridas com recurso aos mecanismos de antecipação. Dado que outras medidas, designadamente o aumento de internos e contratação de médicos estrangeiros não foram suficientes, sentiu que os médicos aposentados poderiam constituir uma reserva estratégica e contribuir para a diminuição de utentes sem médico de família. Contudo, apesar de reconhecer que os 30% poderiam não ser suficientes para cativar muitos médicos, devido essencialmente, à pressão dos privados nos centros urbanos, não foi possível ao seu Governo, por questões orçamentais, “pagar mais”...

**49. Dr.ª Ana Jorge** – E também porque se entendia que não se deveria “pagar a dobrar”....

**Nelson** – Relativamente aos resultados, isto é, apesar de não se terem concretizado muitas contratações, entende que aquelas que foi efetivamente possível concretizar, acabaram por gerar o seu contributo ao nível da diminuição das listas de utentes. Também referiu que o atual Governo conseguiu empenhar-se de modo a oferecer 75% e assim, em princípio, de acordo com a sua opinião o mesmo irá conseguir assim atrair mais médicos aposentados...

**50. Dr.ª Ana Jorge** – Sim, com uma remuneração maior, é possível que isso aconteça...

**Nelson** – Por fim, entende que devemos organizar os CSP em torno do modelo de USF, de modo a termos mais horas de consultas (tratando pessoas) e não em torno de um modelo de SAP's (onde se pretende tratar de doenças) à espera do que possa acontecer e de quem possa aparecer, facto que nos confere uma falsa segurança dado que as situações realmente urgentes devem ser encaminhadas para outros níveis de cuidados que não os CSP.

**51. Dr.ª Ana Jorge** – Exacto.

**Nelson** – Entende também que se deveria tentar construir um sistema de médico à periferia adaptado à realidade atual e que relativamente aos cuidados de enfermagem, os mesmos devem ser complementares do médico e nunca substituí-los mas que terão a sua importância e os seus ganhos na saúde.

**52. Dr.ª Ana Jorge** – Sim, basicamente foi isso, são esses os pontos-chave.

**Nelson** – Obrigado pela sua atenção e pelos seus esclarecimentos.

**53. Dr.ª Ana Jorge** – De nada. Boa sorte com o seu estudo.



## Entrevista Dr. Leal da Costa

**Nelson** – A Política Pública de contratação de médicos aposentados, introduzida pelo Governo anterior aos seus, permitia uma acumulação da pensão com 30% de vencimento ou vice-versa, consoante a opção do médico. Veio a verificar-se que poucos médicos aderiram em relação aos que se aposentaram. Os seus Governos tiveram essa percepção?

**1. Prof. Doutor Leal da Costa** – Sim, claro que tivemos essa percepção. Agora a grande questão aqui é esta. Há aqui que separar dois aspetos fundamentais. Em primeiro lugar há um problema de iniquidade que é necessário acautelar. Nós sabemos que a grande maioria dos médicos que se aposentaram do SNS fizeram-no precocemente porque tinham outras perspetivas de trabalho no sector concorrencial, quer social, quer privado, e, como tal, o número de médicos, como de resto espero que você verifique - pois é interessante o trabalho que está a fazer - que se aposentaram antes dos 60 ou dos 65 anos e que na realidade ficaram sem “fazer nada” é residual, resume-se talvez aqueles que, infelizmente, por motivo de doença ou por incapacidade se tiveram de reformar, ou àqueles que se reformaram há mais tempo com reformas superiores. A grande maioria dos médicos que se reformaram antecipadamente fizeram-no porque tinham perspetivas de trabalho em sector concorrencial ou então porque já tinham clínicas e sentiram que, caso se aposentassem e tivessem mais tempo livre, teriam espaço para fazer crescer o seu negócio. Ora bem, esse sector concorrencial só tinha capacidade de angariação de doentes, nomeadamente na área dos cuidados primários, exatamente porque os médicos se reformaram do SNS, deixando utentes sem médico, ou seja, há aqui um processo quase imoral que de certa forma compensa aqueles que se reformam antecipadamente e beneficiam da escassez de recursos humanos para a qual contribuíram. O que estava a acontecer é que os médicos deixavam de estar disponíveis no centro de saúde e continuavam disponíveis em organizações de carácter privado e, portanto, os doentes que eles teriam deixado de ver em cuidados primários continuariam com a necessidade de ser vistos mas passariam a ser vistos em organizações de carácter social ou privado e, portanto esses médicos estavam já a acumular a sua reforma com uma segunda atividade que porventura seria muito melhor remunerada do que aquela que os 30% que o Estado estava a oferecer. Portanto, não me espanta que tenha havido um conjunto de médicos que tenha preferido ir para a privada ou decidido ficar apenas no privado. Por outro lado, também não é menos verdade que houve alguns médicos, a quem o Estado acabou por ter de contratar, mas num regime diferente, ou seja, pagos à tarefa e muitos deles, seguramente, até pagos por empresas, que acabaram por ser melhor remunerados do que seriam com os tais 30% a acumular, e, portanto, não fico surpreendido que a adesão tenha sido relativamente pequena, em particular nas zonas em que há maior carência, designadamente nas grandes cidades, onde claramente a oferta de emprego para essas pessoas que se reformaram antecipadamente é muito alta, maior mesmo do que noutras regiões do País. Recentemente, o atual Governo, um pouco pressionado pelos sindicatos, acabou por considerar que acabando por pagar 75% isso já seria mais compensatório. A verdade dos factos é que até agora o número de médicos que resolveram aderir ao sistema, mesmo com 75%, continua a ser diminuto. A ideia que tenho é que mesmo com 75% aqueles que já se reformaram antecipadamente e que já estão

instalados – têm a sua clínica montada – não estão na disposição agora de abandonar a sua clínica para voltar ao Estado, mesmo que seja por 75% do salário, até porque depois há tudo aquilo que acabam por ter, maças e trabalho, e as pessoas, se calhar, preferem ter uma vida mais tranquila quando já têm a sua vida organizada. A grande contribuição, grande entre aspas, que o Governo a que pertenci deu foi no sentido de permitir a recontração de aposentados, não em regime de 40 horas mas em regime de menos horas, e isso poderia eventualmente ser mais interessante. Agora, reconheço que os valores que nós podíamos pagar por essas horas adicionais nunca foram suficientemente atrativos para quem já se encontrava instalado com uma clínica privada e no fundo o que queria fazer era ter tempo livre e as horas que estava disposto a dedicar à medicina acabavam, ainda assim, ser melhor pagas em clínica privada do que pagos pelo Estado. Portanto, eu considero que esta medida, ou as sucessivas medidas que têm sido tomadas para “recapturar” médicos aposentados terão sempre um êxito relativamente reduzido. A aposta que nós fizemos foi a de formar mais médicos, abrir um maior número de vagas para médicos de especialidade de medicina geral e familiar e depois ter um sistema de colocação que favoreça as zonas de maiores carências, logo à cabeça a região de LVT, a região ocidental do Algarve e, também, o Litoral Alentejano que são as zonas mais problemáticas, uma vez que a zona Centro está muito bem encaminhada e na zona Norte do país o número de utentes sem médico de família é relativamente escasso.

**Nelson** – Relativamente aos médicos de família que tenho vindo a entrevistar, o grupo que mais me tem custado encontrar médicos para entrevistar, são os aposentados que não se encontram a trabalhar nem no privado, nem no público.

**2. Prof. Doutor Leal da Costa** – Só os que se aposentaram, infelizmente, por incapacidade ou então aqueles médicos francamente mais velhos e com as reformas melhores. Aqueles mais novos, que se reformaram antecipadamente, fizeram-no porque já tinham uma perspetiva de emprego, na sequência da reforma ou porque eles próprios já tinham uma privada que sentiam que podiam alargar, crescer, a partir do momento em que se reformassem, não tenho a mínima dúvida sobre isso. Universo diferente será aquele dos 65 a 70 anos que se reformaram com o tempo completo e esses não estão dispostos a fazerem mais nada e de facto está na altura de usufruírem a vida e dedicarem-se por exemplo a uma horta e não pensarem mais em fazer medicina, é normal que se queira aproveitar o tempo.

**Nelson** – Consegui entrevistar duas médicas com mais de 70 anos. Em que uma se mantém no SNS ao abrigo desta política pese embora tenha interrompido quando fez os 70 e depois regressou.

**3. Prof. Doutor Leal da Costa** – Repare uma pessoa assim, e elas existem, são um universo que gostam mesmo muito daquilo que estão a fazer porque foram mesmo até ao último dia foi quase preciso acompanhá-los à porta para que eles deixassem de trabalhar.

**Nelson** – Na opinião da referida médica os 75% acaba por ser um valor justo mas quando perguntei por 100% em igualdade de circunstâncias com o privado ela referiu-me que isso seria excessivo e imoral.

**4. Prof. Doutor Leal da Costa** – Mas mesmo 75% é excessivo, claramente excessivo, e vai essencialmente beneficiar muito aqueles que já lá estão – aposentados contratados – a aceitar trabalhar novamente, que são poucos. Não acredito que o número de médicos, a mais, que estejam dispostos a trabalhar cresça assim tanto apenas porque agora oferecem 75%. E além disso acho que há uma imoralidade, entre várias imoralidades que há no sistema remuneratório, dos médicos de medicina geral e familiar, há de facto aqui uma iniquidade que é complicada de explicar, nomeadamente para médicos de outras especialidades onde também há carências. Refiro-me a que a contratação de aposentados não se deve limitar ao universo dos especialistas de MGF.

A inequidade agravada na remuneração dos MGF é que teremos três regimes muito diversos: o dos especialistas da UCSP, o dos reformados contratados e o dos médicos da USF.

O grande problema para mim, e essa é uma matéria que levaria a uma reflexão política mais profunda, é saber se é, ou não, correto mantermos uma política de aposentação obrigatória aos 70 anos, sendo certo que se isso não fosse efetuado não haveria uma renovação dos quadros. Enfim, é uma matéria complicada mas existem seguramente colegas com mais de 70 anos que continuam perfeitamente capazes de exercer medicina com grande qualidade e até com uma mais-valia da experiência que outros não terão. E o caso do SNS em Portugal isso é muito importante, porque, por força dos *numerus clausus* que foram seguidos no passado, nós temos neste momento um grupo de médicos francamente mais velhos e depois temos um grupo de médicos francamente mais novos e no intermédio não há ninguém.

**Nelson** – Temos uma distribuição bimodal?

**5. Prof. Doutor Leal da Costa** – Exatamente. E isso vai levar a que durante os próximos anos, à medida que a moda mais velha se vá aposentando vamos ter dificuldade em substituir esses médicos por colegas igualmente experientes. E isso é um problema com o qual nós vamos ter que viver, ou seja, durante os próximos anos nós vamos ser capazes de substituir, progressivamente, o número de médicos mas vamos ter muito mais dificuldade em substituir por médicos com a mesma graduação e experiência e isso é uma verdade.

**Nelson** – A fim de fecharmos o ponto relativo à remuneração dos aposentados. Os dados que eu tenho, de acordo com a ACSS, é de que se conseguiu contratar 136 a 143 médicos de família para os CSP, o que, se procedermos a um cálculo a uma média de 1550 utentes por cada médico aposentado, com mais alguns contratados aposentados talvez seja possível que o contributo chegue a quarto de milhão de utentes que “recuperam” médico de família.

**6. Prof. Doutor Leal da Costa** – Sim, 200 a 250 000 utentes. Apesar de não ser muito não deixa de ser um contributo importante.

**Nelson** – Agora este número seria considerando que houve uma distribuição geograficamente equitativa das contratações.

**7. Prof. Doutor Leal da Costa** – O que não é verdade. Essa distribuição não é equitativa por um lado e por outro lado você não se esqueça que por enquanto durante o ano de 2015 e vamos ver como é que decorre em 2016, ainda continuamos a ter um número de aposentados, por força da idade, ainda muito elevado. E, portanto, as entradas não vão compensando as saídas totalmente.

**Nelson** – No meu estudo estou com alguma dificuldade ao nível da obtenção dos dados estatísticos desagregados junto de entidades do MS, designadamente junto da ACSS, pois não consigo obter o número de médicos de família que se aposentou.

**8. Prof. Doutor Leal da Costa** – Não consegue obter porque eles não os têm. No meu tempo isso já sucedia. Nós tentámos corrigir isso. Nesse ponto temos duas dificuldades importantes. Por um lado, esses dados, a SPMS poderá tê-los a ACSS não. Por outro lado, há ainda um problema mais grave que é a incapacidade que os departamentos do Estado, neste caso do Ministério da Saúde, têm em antecipar o número de médicos que se vão reformar. Isto porque o sistema é muito hermético/estanque. O pedido de reformas é feito à Caixa Geral de Aposentações e o Ministério da Saúde não conhece esses dados e portanto tem sido muito difícil, quer para o anterior Governo, quer para nós, para o atual, e será para todos se nada for alterado. Isso causa problemas.

**Nelson** – Planear?

**9. Prof. Doutor Leal da Costa** – É, isso mesmo. Podemos conseguir estimar quantos se aposentam com o tempo completo, todavia não conseguimos saber com precisão quantos se vão reformar antecipadamente. Designadamente a partir dos 65 anos qualquer médico pode reformar-se, independentemente da vontade de cada um. Portanto, nós só não sabemos quando e quantos solicitaram a reforma antecipada como também não sabemos quando é que o pedido vai ser aprovado. Ou seja, a CGA, em qualquer momento e de acordo com as regras que lhe são próprias, pode ir libertando os pedidos. Quer isso dizer que muitas vezes somos confrontados com médicos que dizem, “olhe, amanhã eu já não venho”. E isso é péssimo do ponto de vista da planificação. As ARS podem saber, muitas por cortesia dos colegas que quando tratam do expediente para a reforma informam que o fizeram, mas fazem-no por uma questão de cortesia, pois não são obrigados a fazê-lo e nós sabemos que depois há muitos médicos que recebem a carta a dizer que a partir de amanhã estão aposentados o que torna difícil efetuar qualquer planificação.

**Nelson** – E ao próprio sistema dar resposta a essas carências que vão surgindo?

**10. Prof. Doutor Leal da Costa** – Sim. E repare que neste caso a recontração dos médicos prende-se apenas com aqueles médicos que se aposentaram precocemente no passado, pois é suposto que não se reformem para a seguir vir ganhar mais. Como é óbvio, uma medida deste tipo não se pode aplicar aos próximos aposentados por antecipação, pois se assim fosse ela própria seria um incentivo às aposentações antecipadas. Até eu próprio me aposentaria já amanhã.

**Nelson** – Sim sem dúvida. Compreendo perfeitamente onde quer chegar.

**11. Prof. Doutor Leal da Costa** – Está a ver, mesmo com o prejuízo dos 56 anos que tenho e de levar uma reforma mínima, se a seguir me dessem 75% do meu salário, ficava muito melhor do que o que estou. Era como se fosse um prémio, já que não tenho clínica privada.

**Nelson** – Exato, compreendo, se a pessoa fosse penalizada, por exemplo, 20, 30 ou mesmo 40% por uma pensão antecipada e a seguir receber 75% seria tentador.

**12. Prof. Doutor Leal da Costa** – Seria um prémio para os médicos que não têm clínica privada. Para os com outro trabalho, fora do SNS, 75% é pouco. E portanto não pudemos montar o sistema desta forma, nem conviria que fosse assim.

**Nelson** – Sim, consultei o quadro regulamentar acerca da contratação de médicos aposentados e de facto confirmo o que me diz. Apenas poderão ser contratados médicos que se aposentaram por antecipação com recurso aos mecanismos legais, antes da entrada em vigor de cada lei. E portanto, não se aplica às novas aposentações por antecipação mas tão-somente aquelas que ocorreram antes da entrada em vigor do quadro regulamentar.

**13. Prof. Doutor Leal da Costa** – Nem se pode aplicar, como lhe disse, caso contrário a política seria para desviar médicos do serviço e não para os tentar recuperar. Além disso, o número de aposentados não vai abrandar nos próximos anos e poderá mesmo até vir a agravar-se por via da tal bimodalidade que conversámos há pouco. Eu como disse tenho 56 anos e o pico de idades da moda mais antiga anda em torno dos 58 anos e, portanto, vamos ter um pico de reformas de médicos dentro dos próximos 10 anos. Agora, também não é menos verdade que temos uma grande capacidade de formação atualmente, que se encontra próximo do seu limite, e até admito que nos próximos 5 ou 6 anos possamos até baixar um pouco os *numerus clausus*.

**Nelson** – Não querendo interromper o seu raciocínio, no mês estudo verifiquei que no ano letivo 200/2001 tínhamos perto 750 vagas e presentemente estamos com quase 2000 vagas anuais.

**14. Prof. Doutor Leal da Costa** – Sim é a ideia que tenho. Nós estamos a formar quase 2000 médicos por ano e portanto, a coisa está a equilibrar-se. Agora é, como você já viu, essa distribuição bimodal quer dizer que vai haver uma grande quantidade de médicos a reformar-se nos próximos anos e depois a moda mais nova, de médicos recém-especialistas, e portanto teremos uma dificuldade nova, para a qual poderemos não estar preparados, que será a diminuição da capacidade formativa a nível de recursos humanos, médicos mais velhos e experientes, chefes de serviço e doutorados para formar os mais novos. Portanto estimo que dentro de 2 a 3 anos talvez tenhamos médicos em número suficiente. No entanto, em termos de capacidade formativa poderemos recuperar somente dentro de 10 a 15 anos.

**Nelson** – Depois poderemos voltar esse ponto, se me permitisse gostaria de fechar a questão relativa à acumulação. Portanto se me referiu que os seus Governos tiveram a consciência de que o recrutamento de médicos aposentados estava a ficar aquém do previsto, então porque é

que não aumentaram o valor da acumulação de modo a incentivar mais médicos aposentados a aderirem?

**15. Prof. Doutor Leal da Costa** – Essencialmente, considerámos dois aspetos, e provavelmente, a experiência irá demonstrar isso, não era por aumentar muito significativamente o valor que iríamos recrutar mais médicos. É uma hipótese que terá se ser testada com o tempo....

**Nelson** – A qual ainda não posso ainda neste estudo, pois a política é recente.

**16. Prof. Doutor Leal da Costa** – .... Em segundo lugar, entendemos que os 30% que o anterior Governo havia estabelecido era mais do que razoável para um acréscimo, mas acima de tudo havia a necessidade de libertar verbas para outras necessidades que o SNS também tinha, quer para a contratação de mais internos, quer para a contratação de mais enfermeiros, que também são necessários, quer também pelo facto de nós, durante os anos de 2011 e, particularmente, de 2012 em diante termos assistido à introdução do novo regime salarial de 40 horas que por si só já implicava um aumento salarial significativo para os médicos que estavam no ativo e, por força disso, o dinheiro não chegava para tudo. Nós entendemos que era preferível garantir que em todo o sistema o número máximo de médicos que quisesse passar para 40 horas pudesse ser remunerado uma vez que para nós isso era o compromisso mais importante do momento. Agora, isso encontra-se estabilizado e o Governo entendeu que talvez tenha dinheiro para dar os 75%. Vamos ver se o dinheiro chega para tudo. Devo dizer-lhe que estou muito apreensivo porque acho que este Orçamento está mal construído e terem proposto a devolução integral – que aliás também a mim também me dá jeito – a devolução integral do corte num ano condiciona muito a capacidade do MS de contratar novos recursos imediatamente, pois o Orçamento do MS não cresceu de 2015 para 2016. Até de alguma forma mingou e isso vai obviamente criar dificuldades vamos ver como as coisas correm, Deus queria que corram bem.

**Nelson** – Sistematizando, não aumentaram a acumulação de 30% para outro valor a fim de investirem esse eventual valor a colocar mais internos e, portanto para resolverem o problema da carência a médio longo prazo...

**17. Prof. Doutor Leal da Costa** – Exato. Internos e maior número de médicos em regime de 40 horas. E até porque, como já referi, nós acreditávamos que não é por aumentar significativamente o valor da acumulação que teremos mais médicos aposentados a aceitar regressar. Continuamos a entender que a maioria dos médicos que se encontram aposentados e que estão bem de vida, estão demasiado bem de vida para abandonar aquilo que entretanto conseguiram nas suas privadas para regressar ao SNS.

**Nelson** – A percepção que tenho recolhido junto dos médicos entrevistados vai nesse sentido. Porém, na generalidade, mencionam-me que 30% é pouco. No entanto, referem outros problemas tão ou mais significativos que a remuneração, designadamente questões burocráticas e dos sistemas de informação. Alguns exemplos foi que os ACES a que pertencem, ou outra estrutura de centros de saúde, eram incapazes de lhes concentrar o horário de modo a que trabalhassem em regime de tempo parcial e tivessem dias livres. Por exemplo se o

médico estive disposto a trabalhar 12 horas seguidas ou 24 horas repartidas em dois dias, dificilmente conseguiam....

**18. Prof. Doutor Leal da Costa** – É, essa questão que coloca é muito pertinente, esse problema que você identificou é um problema mais estrutural que não envolve apenas os aposentados mas todos os médicos em geral dos CSP. Nós temos um sistema que do meu ponto de vista, da contratação médica e não só, que é demasiadamente rígido em termos dos horários. É óbvio que o ideal seria conseguirmos ter o corpo médico em dedicação exclusiva. A verdade dos factos é a de que temos de compreender que há contextos nos quais deveríamos permitir a contratação, não em regime de tarefeiros mas em regime de contrato público, com horário mais flexível. Isso, porventura poderia permitir que alguns médicos aceitassem trabalhar até, porventura, em locais de acessibilidade mais difícil, porque temos de compreender que se é certo que é necessário termos um serviço de proximidade, aquilo que é proximidade para as pessoas que lá vivem, isso já pode ser uma distância grande para um médico que não viva naquela zona e isso tem de ser considerado, por exemplo, atribuindo ao médico a possibilidade de descontar o tempo da deslocação sem ficar prejudicado, que é uma ideia que tenho prosseguido e que, apesar de nunca ter feito muito sucesso, poderia ser atrativa. Estabelecia-se um tempo padrão de modo a que o médico não ficasse prejudicado com o tempo “morto” da sua deslocação mas de alguma forma também fosse compensado por se deslocar para mais longe e por outro lado permitir uma maior flexibilização no número de horas que o médico dá ao Estado e acima de tudo, independentemente do número de horas, permitir que houvesse uma organização do trabalho que fosse mais agradável e adequado para aquilo que são as possibilidades dos médicos em vez de estar, como você disse e bem, a obrigar os médicos a horários que eles logo à partida não podem dar. E depois há outra questão. Alguns destes médicos que se aposentaram não o fizeram somente por questões remuneratórias. Reformaram-se porque as questões de trabalho às quais se encontravam sujeitos não eram as mais agradáveis. Nós temos que reconhecer que uma das áreas em que as coisas não correram tão bem como seria desejável, e ainda não estão a correr bem, é naquilo que se prende com os suportes informáticos que estão quase obsoletos. E aí penso que é muito desmotivante para um médico encontrar-se com uma interface e/ou um computador que sistematicamente vai abaixo, com um sistema que não lhe dá resposta e isso acaba por, ao fim de algum tempo, desmotivar e irritar os médicos e, portanto, propiciar a que estes se aposentem antecipadamente. Portanto, não interessa só pagar melhor às pessoas. Nós temos que melhorar as condições de trabalho das pessoas caso contrário elas desmotivam-se completamente.

**Nelson** – Aprofundando o ponto anterior e deixando a informática que já lá iremos, gostaria de lhe dar nota de que um dos médicos que entrevistei, neste caso uma médica, informou-me de que como não consegui obter colocação no mesmo centro de saúde onde se encontrava colocada antes de se aposentar, ofereceram-lhe um lugar a 40 km daquele local e da sua residência e questão de fundo que a médica me colocou foi exatamente essa que o Senhor Professor está a ilustrar. Portanto, a referida médica estava disponível para trabalhar entre 18 a 20 horas semanais, e referiu-me que a ARS e/ou ACES, a médica não quis especificar, pretendiam que ela fosse trabalhar praticamente todas as manhãs e, portanto, de acordo com

a entrevistas, pagarem um terço e ainda por cima ter uma série de custos e de perda de tempo com deslocações quase diárias que não aconteciam antes de se ter aposentado...

**19. Prof. Doutor Leal da Costa** – Eu com todo o respeito e não querendo ofender ninguém diria que o sistema é pouco inteligente na sua capacidade de captar as pessoas.

**Nelson** – Acresce que a referida médica me transmitiu que pretendiam que ela ficado responsável de uma lista de utentes proporcional ao tempo de trabalho quando na opinião dele os médicos aposentados deveriam “tapar furos”, substituindo colegas de férias ou fazendo urgências, em vez de ter aquelas listas de utentes e ficar o dia inteiro a passar receitas o que para alguém com 70 anos que gosta de clínica acaba por ser desmotivante. E portanto a médica referiu que se fosse por exemplo fazer urgências a um ou dois dias por semana, quaisquer que fossem eles, desde que com uma escala prévia, ela aceitaria, assim não aceitou.

**20. Prof. Doutor Leal da Costa** – Pois, assim não é fácil.

**Nelson** – Como entende então que possamos vir a resolver a carência de médicos de família?

**21. Prof. Doutor Leal da Costa** – Três questões importantes, uma delas que foi iniciada pelo Governo que nos antecedeu e que vai obrigar a algum cuidado no modo como vai ser resolvido que foi a contratação de médicos estrangeiros. Nós temos ainda um contingente considerável de médicos, designadamente os originários de Cuba, que vão ter que ser progressivamente substituídos à medida que se vão embora. Nós, fizemos alguma substituição desses médicos estrangeiros é evidente que o salário que lhe estávamos a pagar não era nem pouco mais ou menos mais elevado do que aquele que pagávamos aos nossos médicos, por exemplo....

**Nelson** – Esses médicos estão integrados em carreiras?

**22. Prof. Doutor Leal da Costa** – Não, esses médicos foram contratados diretamente ao Governo Cubano. A questão é que esses médicos agora vão regressar ao país deles e nós ficamos sem eles.

**Nelson** – Tem ideia de quantos médicos cubanos temos?

**23. Prof. Doutor Leal da Costa** – Neste momento penso que perto de 70 médicos mas chegaram a ser mais de 100. Também esses médicos eu acho que não foram suficientemente bem aproveitados nem suficientemente bem tratados, nomeadamente nalgumas regiões do país e incluindo parte do Alentejo, mas a verdade dos factos é que noutros locais esses médicos integraram-se perfeitamente e com grande satisfação das populações e facto de eles agora terminarem o seu contratado, é um problema que se adiciona aos médicos que saem por reforma. E isso é uma matéria que tem de ser ponderada. Mas eu acho que a aposta é aquela que tem sido efetuada, aumentar o número de internos, neste caso nos CSP, e aproveitar melhor os internos de medicina geral e familiar, dado que estes têm uma situação iníqua em relação às outras especialidades enquanto um qualquer interno de uma outra especialidade está a realizar consultas e a ver doentes um médico do internato de medicina



geral e familiar apenas vê os doentes que já são da carteira do seu orientador. E isso beneficia o seu orientador, pelo que estão a fazer o trabalho que o orientador deveria fazer e isso não faz sentido. Portanto, os médicos do internato de medicina geral e familiar deveriam poder ter as suas próprias listas de utentes, pese embora apoiados pelo seu orientador mas não deveriam limitar-se a ver os doentes que já são do orientador. Essa é uma questão de fundo que tem de ser resolvida e as outras questões passam então por se continuar a aumentar o número de internos, efetuar planificação do número de reformados e progressivamente que haja uma melhor distribuição dos médicos de modo a que haja uma preferência de distribuição de vagas para onde haverá mais carência. Dir-me-á, que haverá sempre haver alguns que irão emigrar, mas o país tem a capacidade salarial que tem e, por isso, será sempre difícil de competir, em qualquer profissão não é só na de médico ou nas restantes profissões da saúde, com outros países do espaço da união europeia, designadamente o Reino Unido. Mas isso passa-se com outras países da união europeia, veja-se, nós também retirámos médicos a Espanha. Portanto, há livre circulação de pessoas. E isso é precisamente um argumento contra aqueles que dizem não vale a pena formar mais médicos porque depois eles emigram. É precisamente o contrário, se se sabe que haverá sempre uns quantos médicos que emigraram e outros que nunca chegam a exercer porque se dedicam à investigação, por exemplo, é por isso mesmo que temos de continuar a apostar em formar mais médicos para dar oportunidade às pessoas de efetuarem as suas escolhas e não haverá nenhum drama se dentro de alguns anos vier a haver algum *superavit* na formação de médicos, tal como ocorre noutras graduações. Senão por essa ordem de ideias fechávamos as escolas de enfermagem e não licenciávamos mais enfermeiros, ou mais juristas, ou professores. E, portanto isso é ruído, temos de continuar a formar mais médicos. Além disso, o médico pode ir fazer uma parte do seu trabalho, por exemplo o doutoramento, e depois voltar para Portugal. Não há nenhum drama nisso.

**Nelson** – E também se calhar esses médicos irão demonstrar que temos bons profissionais no nosso país e uma boa capacidade formativa e assim quem sabe, atrair profissionais de lá para virem cá especializar-se e fazerem cá os seus doutoramentos, partilhando e enriquecendo experiências.

**24. Prof. Doutor Leal da Costa** – Claro que sim, sem dúvida.

**Nelson** – Relativamente ao regime remuneratório desses médicos cubanos, recorda-se?

**25. Prof. Doutor Leal da Costa** – Ganhavam o mesmo de que o médico recém-especialista em regime de 40 horas, ou seja, à volta de 3500€. Penso que era isso que pagávamos ao Governo de Cuba, à volta dos tais 3500€ mensais por cada médico, embora depois eles recebessem menos, pois o Governo deles ficava com uma parte, mas isso, enfim, são questões internas deles. De referir que este modelo e essa remuneração foram introduzidos pelo Governo de Sócrates. Tivemos de ajustar as remunerações dos médicos cubanos, as quais eram, inicialmente, superiores aqueles 3500€, enfim, a crise a isso obrigou, mas foi ma negociação difícil com o Governo de Cuba, pois como compreenderá, ninguém gosta de receber menos.

**Nelson** – Mudando para outro tema, e a questão de se ter terminado o serviço médico à periferia?

**26. Prof. Doutor Leal da Costa** – Olhe, agradeço imenso ter-me recordado dessa questão, pois tenho defendido que um dos maiores erros que se cometeu em Portugal, na área da saúde, foi ter-se terminado com o serviço médico à periferia. Acho que deveria haver, como componente obrigatória do internato e numa altura em que se discute muito o fim do ano comum, aliás nessa matéria eu acho que o ano comum, tal como existe, de pouco ou nada serve, talvez fosse útil, isso sim, substituir o ano comum como serviço médico à periferia, ou seja, fora dos centros onde há faculdades de medicina, porque acho que isso seria muito útil para as populações e para os médicos para conhecerem melhor a realidade do país. A realidade dos factos é que na sequência da realização do serviço médico à periferia um número muito grande de médicos, que tendo tido conhecimento de outras realidades tenha preferido continuar nessa realidade.

**Nelson** – Ou até porque se encontram numa idade mais jovem e podem vir a conhecer alguém com quem pretendam casar-se ou juntar e assim constituir família, fixando-se nesses locais?

**27. Prof. Doutor Leal da Costa** – Precisamente, é por todas essas razões que considero que foi um erro político ter-se terminado com o serviço médico à periferia. E eu defendi e continuo a defender que mais do que acabar como ano comum, seria substituí-lo por serviço à periferia. Portanto, o último ano de mestrado integrado seria a rotação pelas especialidades hospitalares e depois ter um ano de intervalo digamos, até ao início da especialidade, durante a qual os médicos frequentassem as duas realidades, um hospital e um centro de saúde periférico. Acho que seria do ponto de vista da formação humana e do ponto de vista da formação médica uma mais-valia significativa que traria, provavelmente resultados muito interessantes do ponto de vista da cativação das pessoas para trabalhar fora dos grandes centros dado que continuamos a assistir a um processo de desertificação. Além disso não faz grande sentido manter todos os médicos a trabalhar no mesmo sítio onde se especializaram. O que poderá ser de facto pouco produtivo. Eu tenho pena, tendo terminado o curso em 1983, ter sido dos primeiros a não realizar serviço médico à periferia. Olhando para trás tenho muita pena de não ter feito serviço médico à periferia e acho que deveria ser uma experiência que deveria ser repetida. Não tanto, como foi efetuado na altura, para dotar efetivamente as populações de médico ainda que de médicos ainda imberbes, mas numa lógica de projeção de futuro e de conhecimento da realidade do país e da medicina.

**Nelson** – Numa aposta a médio e a longo prazo?

**28. Prof. Doutor Leal da Costa** – Sim.

**Nelson** – Dois últimos temas, a do enfermeiro de família e a do gestor do doente. Acha que o médico pode e deve delegar parte das suas funções?

**29. Prof. Doutor Leal da Costa** – Eu, como fui um dos criadores do enfermeiro de família em termos da legística, continuo a achar que existem um número excessivo de funções cometidas

aos médicos que poderiam ser transferidas para os enfermeiros, com proveito para os próprios utentes, pois para algumas delas os enfermeiros até estarão melhor preparados que os médicos para as desempenhar, em segundo lugar porque acho que o contexto do enfermeiro de família tornará o contato com o utente mais facilitado no centro de saúde e melhorará o acompanhamento permanente das questões da esfera familiar. Eu acho que com uma boa utilização dos enfermeiros de família, que devem ser capacitados para intervir mais do que hoje em dia o fazem, poderemos ter até, com alguma segurança, um maior número de utente por médico, até porque acho que nós estando a olhar para o número de utentes por médico de família ainda muito na lógica de que o médico de família faz tudo, o que não faz sentido nem deve ser esse o caminho.

A questão do Gestor do doente, que tanta polémica, levantou, não tem nada de novo. É evidente que o gestor ideal é o médico de família, no ambiente de USF, em colaboração estreita com o enfermeiro de família que deverá cumprir as funções que lhe forem delegadas. Tem de haver delegação de competências e espírito de entreaajuda.

**Nelson** – uma questão controversa, acha que poderíamos alargar as competências dos enfermeiros de família, por exemplo, para a prescrição de medicamentos?

**30. Prof. Doutor Leal da Costa** – Eu, apesar de muito criticado por alguns colegas e pela própria Ordem, entendo que há condições para aumentar a capacidade prescritiva dos enfermeiros, alias, repare que em contexto hospitalar, quer se queira quer não, mesmo não assumindo isso, a verdade dos factos é que há muita prescrição que já é efetuada na hora, ainda que capacitada por médicos, que é efetuada por enfermeiros e isso nunca foi contestado por ninguém. Ou seja, o médico não tem problema nenhum em fazer uma prescrição SOS que é dada de acordo com critérios que no fundo são definidos pelo enfermeiro que se encontra de serviço. No entanto, o mesmo médico já tem grande restrição, em contexto de doença crónica e de acordo com protocolos previamente estabelecidos, sempre obviamente acompanhados por um médico, a que o enfermeiro possa fazer algumas das coisas que são absolutamente normais e que são realizadas em toda a europa e nos EUA, por enfermeiros capacitados. Repare que neste momento, temos, em Portugal, enfermeiros dos bem mais formados e reconhecidos a nível de outros países e no entanto, desperdiçamos...

**Nelson** – *know-how*?

**31. Prof. Doutor Leal da Costa** – Exatamente, esse *know-how*. Você percebe, toda a gente percebe, que quando esses nossos enfermeiros, bem preparados, vão para o Reino Unido ganhar mais, são obviamente aproveitados por um sistema diria mais inteligente do ponto de vista do aproveitamento dos seus recursos humanos. E portanto, é um perfeito disparate que resulta, em grande parte, de uma mentalidade corporativista dos médicos e da Ordem, e que ao longo dos anos terá de ser resolvido. Quem trabalha, por exemplo, em cuidados intensivos, tem seguramente uma perspetiva diferente porque já se encontra habituado a trabalhar com equipas de enfermeiros que só fazem aquilo e que estão 24 sobre 24h à cabeceira do doente e que estão treinados a tomar decisões instantânea e que, obviamente percebem claramente quais são os seus limites de atuação mas que não precisam que a cada momento seja

necessário que o médico valide as opções do enfermeiro. Nós temos de criar, e com os mais novos isso será facilitado, um espírito de equipa, e de cooperação...

**Nelson** – Como existe por exemplo nas UFS's?

**32. Prof. Doutor Leal da Costa** – Sim, é um bom exemplo. Eu próprio, não teria conseguido fazer nada do que tenho feito na minha carreira neste Hospital se não tivesse junto a mim enfermeiros fantásticos e, portanto, sobre essa matéria teremos de alargar o leque de funções dos enfermeiros de família.

**Nelson** – Socialmente ainda vivemos muito a ideia de que o enfermeiro é o profissional de saúde que pretendia ser médico mas que não conseguiu entrar no curso de medicina.

**33. Prof. Doutor Leal da Costa** – Sim, mas isso vai passar, e vai passar rapidamente, à medida que o próprio mercado de emprego for mudando, seguramente que esse paradigma vai mudar, não tenho dúvidas acerca disso.

**Nelson** – Penso que abordámos já os todos os tópicos desta questão, não sei se gostaria de desenvolver mais algum ponto?

**34. Prof. Doutor Leal da Costa** – Penso que de um modo geral fomos conversando sobre matérias muito interessantes, uma delas que você me recordou e que gostava de destacar, foi a questão do serviço médico à periferia.

**Nelson** – Obrigado pela sua colaboração.

**35. Prof. Doutor Leal da Costa** – Boa sorte com o trabalho e se necessitar de mais esclarecimentos adicionais disponha.

**Nelson** – Obrigado Senhor Professor, até uma próxima.